

**Allegato A Modulo adesione manifestazione di interesse Esecuzione Rino-faringei 2020**

Alla UOC D.I.T.R.A.R.

Direzione Infermieristica, Tecnica, Riabilitativa,  
Assistenza e Ricerca

**OGGETTO:** richiesta partecipazione a manifestazione d'interesse per l'esecuzione di tamponi rino-faringei  
Asl Roma 3 emergenza Covid-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

con articolazione oraria su 5 giorni su 6 giorni e orario sulle 12 ore \_\_\_\_\_ 24 ore \_\_\_\_\_

turno unico dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**COMUNICA LA PROPRIA DISPONIBILITA'**

Alla partecipazione ai tema di supporto alla rete regionale COVID-19 per effettuare tamponi rino-faringei presso la sede dell'ASL Roma 3 o altra sede individuata, in attività extra-oraria, in regime di prestazione/orario aggiuntivo.

Data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_