

Avviso di Manifestazione di Interesse Progetto “Lotta allo spreco alimentare. Progetto 4GoodFood - ANNO 2024” Asl Roma 4

La Direzione Sanitaria e il Dipartimento di Prevenzione e il DAPSS pubblicano il presente avviso finalizzato ad acquisire la disponibilità delle figure sotto indicate per effettuare i controlli ufficiali su tutti gli stabilimenti alimentari come indicato dal D.L.vo 27/2021 all'art.4.

Requisiti di partecipazione:

1. Dipendente a tempo determinato/indeterminato della ASL Roma 4 con la seguente qualifica:
 - Tecnico della Prevenzione
2. Personale con formazione ed esperienza relativa ai sopralluoghi indicati dal D.L.vo 27/2021.

Requisiti di preferenza:

1. Personale afferente al SIAN

La manifestazione di interesse deve avvenire attraverso mail inoltrata al DAPSS (indirizzo dapss@aslroma4.it) entro e non oltre il 10/2/24.

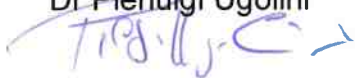
La mail deve essere inoltrata dall'interessato e indicare (vedi schema domanda fax simile allegato):

- volontà di partecipare al progetto
- possesso dei requisiti richiesti
- Matricola
- Nome e Cognome
- Qualifica
- Servizio e Struttura di afferenza
- Numero di telefono


NON VERRANNO ACCETTATE MAIL CHE NON RISPETTANO I REQUISITI RICHIESTI.

Le attività relative al progetto devono essere svolte al di fuori dell'orario di servizio e saranno retribuite come previsto dal Progetto.

Il Direttore del Dipartimento
Dr. Pierluigi Ugolini



Il Direttore SIAN
Dr.ssa Valeria Covacci



Il Direttore D.A.P.S.S.
Dr. Carlo Turci



Il Direttore Sanitario Aziendale
Dr.ssa Simona Ursino



Al DAPSS
(dapss@aslroma4.it)

**Domanda di partecipazione bando di Manifestazione di interesse
Progetto "Lotta allo spreco alimentare. Progetto 4GoodFood - ANNO 2024" della Asl
Roma 4**

Il/La sottoscritto/a.....

Esprime la volontà di partecipare al bando:

"Lotta allo spreco alimentare. Progetto 4GoodFood - ANNO 2024

- di essere in possesso dei requisiti richiesti dal bando
- matricola N°.....
- qualifica
- sede di servizio (es. Ospedale Padre Pio; Distretto 1, ecc.).....
- UO/UOC di afferenza (es. Medicina; Casa delle salute).....
- numero telefonico.....
- non avere limitazioni/prescrizioni
- di avere limitazioni/prescrizioni

A tal fine **AUTORIZZO** il DAPSS ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti sotto indicati con la sottoscrizione del presente modulo.

- I dati raccolti dalla domanda di partecipazione al bando saranno inseriti all'interno di un file excel a cura della segreteria DAPSS.
- Il file excel, nella sua versione definitiva, sarà inviato, via mail, con documento criptato a: Direzione Generale, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Direttori e Referenti dei progetti, IO 01 e IO 02 di riferimento.
- La segreteria DAPSS comunicherà agli interessati, tramite mail, l'accettazione o meno della domanda ed indicherà il referente del progetto.
- La programmazione dell'attività di prestazione aggiuntiva sarà effettuata dal referente del progetto.

Luogo; data

Data.....

FIRMA

Firma.....