

Format Domanda

Alla SC Servizio Professioni  
Infermieristiche e Ostetriche

[servizio.professionisanitarie@aslcaagliari.it](mailto:servizio.professionisanitarie@aslcaagliari.it)

Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo indeterminato della  
ASL Cagliari P.O. San Marcellino Muravera, inquadrato nel profilo di Infermiere,  
disponibile a prestare servizio presso CSM di Muravera

   sottoscritt\_ ..... nato il ...../...../.....  
a ..... residente in .....  
via ..... n° ..... , Città .....  
email ASL ..... cell. ....

**MANIFESTA**

l'interesse a prestare servizio presso CSM di Muravera

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 e consapevole delle  
conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_  
matricola n. \_\_\_\_\_ , con il profilo professionale di CPS Infermiere;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_  
POU/Distretto;
3. Attualmente lavora su: 1 Turno  2 Turni  3 Turni
4. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs.  
n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_