

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**
servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it

**Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo indeterminato della
ASL Cagliari, inquadrato nel profilo di Infermiere, disponibile a prestare servizio presso
la S.C Cure Palliative Hospice della ASL di Cagliari**

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

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio presso la S.C Cure Palliative Hospice della ASL di Cagliari

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 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.
6. 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 _____