Al Direttore Generale della Asl n°8 di Cagliari

Dott. Marcello Tidore

**Oggetto:** **Manifestazione di interesse riservata ai Dirigenti Medici Specialisti dipendenti a tempo indeterminato e determinato della Asl n°8 di Cagliari, disponibili a garantire le attività di assistenza Specialistica presso la Casa Circondariale di Cagliari – Uta “E. Scalas”**

\_ l\_ sottoscritt\_ …………………………………….., nato il ……/…../………

a ……………………………………. residente in ………………………………..,

via ………………………………………….. n° ……… , Città ……………………. email aziendale ……………………………………. cell. ………………………………………….

**MANIFESTA**

**l’interesse a garantire l’attività di assistenza Specialistica presso la Casa Circondariale di Cagliari – Uta “E. Scalas”:**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 46 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato/determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_, specialista in:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere attualmente in servizio presso l’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASL n°8 di Cagliari;
3. di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo pieno;
4. di accettare tutte le indicazioni fornite nella manifestazione di interesse, consapevole che qualora emerga la non veridicità delle dichiarazioni riportate dagli accertamenti che gli uffici sono titolati a svolgere, l’Amministrazione disporrà l’applicazione delle norme penali previste e la decadenza di ogni benefici, ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 445/2000 e s.m.i..;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 e s.m.i. – Reg. Europeo 679/2016.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_