

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni  
Infermieristiche e Ostetriche**  
[servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it](mailto: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 Struttura Complessa di Prevenzione e Promozione della Salute – diverse sedi.**

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

### MANIFESTA

**l'interesse a prestare servizio, in regime di prestazione aggiuntiva, presso la S.C. Prevenzione e Promozione della Salute – Area Migrazione**

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. di aver maturato esperienza in attività simili si  no
4. di essere in possesso della formazione specifica di \_\_\_\_\_
5. di dare maggior disponibilità per la sede di:
  - **Porto di Cagliari;**
  - **Centro di Prima Accoglienza di Monastir;**
  - **Ambulatorio STP c/o poliambulatorio Viale Trieste Cagliari, e ambulatorio via Romagna pad D Cagliari**
  - **Ambulatorio STP di Strada**

6. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
7. 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 \_\_\_\_\_