*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 le Centrali Operative Territoriali (COT) della ASL di Cagliari**

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

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

via ……………………………………….…..….. n° …… , Città ……………………….…….….…..

email ASL ……………….……………………………..……….... cell. ………..……..…………..……

**MANIFESTA**

**l’interesse a prestare servizio presso le Centrali Operative Territoriali (COT)**

**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;

1. di essere attualmente in servizio presso l’U.O.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 POU/Distretto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. di possedere i seguenti titoli preferenziali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Indicare la sede di assegnazione in ordine di preferenza

Cagliari Area Vasta

 Cagliari Area Ovest

 Sarrabus Gerrei

 Sarcidano, Barbagia di Seulo, Trexenta

1. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
2. 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_