

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@asltagliari.it

Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL Cagliari, inquadrato nel profilo di Fisioterapista, disponibile a prestare servizio presso la SC Riabilitazione Territoriale ed ospedaliera – sede P.O. Marino – ASL di Cagliari.

Il sottoscritt _____, nato il ____/____/____
a _____, residente in _____
via _____ n° _____, Città _____
email ASL _____ cell. _____

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio presso la SC Riabilitazione Territoriale ed ospedaliera – sede P.O. Marino – 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 Fisioterapista;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____ POU/Distretto;
3. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
4. 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 _____