

Format Domanda

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

Manifestazione di interesse per l'individuazione di 1 Operatore Socio Sanitario - Area degli Operatori, a tempo indeterminato disponibile a prestare servizio presso Distretto Sarcidano-Trexenta-Barbagia di Seulo, Poliambulatorio di Sadali.

_ | _ sottoscritt__ (Cognome e nome) _____

Nat ___ a _____ il ___ / ___ / ___

E residente a _____

In via/piazza _____ n _____

Email Assl Cagliari _____ @aslcagliari.it

Telefono _____

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio Presso Distretto Sarcidano-Trexenta-Barbagia di Seulo, Poliambulatorio di Sadali.

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 ___ / ___ / _____ , con
matricola n. _____ , con il profilo di Operatore Socio Sanitario, Area degli Operatori;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____
della città/P.O. di _____
3. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni del presente bando;
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 _____