

*Format Domanda*

**Alla SC Servizio Professioni  
Infermieristiche e Ostetriche**

[servizio.professionisanitarie@asltagliari.it](mailto:servizio.professionisanitarie@asltagliari.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per n° 1 posto, riservato ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL Cagliari, inquadrato nel profilo di Infermiere – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari, disponibile a prestare servizio presso la SC Neurologia PO SS Trinità**

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

**MANIFESTA**

**l'interesse a prestare servizio presso la SC Neurologia PO SS Trinità**

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 Infermiere – Area dei  
Professionisti della Salute e dei Funzionari
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_  
PO/Distretto \_\_\_\_\_
3. Attualmente lavora su: 1 Turno  2 Turni  Beneficiario legge 104/92  SI  NO
4. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
5. 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 \_\_\_\_\_