

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche ed Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@asltagliari.it

Oggetto: Riservato a 3 Ostetriche dipendenti a tempo indeterminato disponibili a prestare servizio presso i consultori distribuiti nel territorio della ASL di Cagliari

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

MANIFESTA

**l'interesse a prestare servizio presso i consultori distribuiti nel territorio 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 Ostetrica;
2. di essere attualmente in servizio presso _____;
3. di manifestare interesse per le seguenti sedi (è possibile indicare più sedi esprimendo con numero ordinale la maggiore preferenza oppure selezionare una sola casella):
 - Cagliari Area Vasta: Consultorio di Via Romagna presso cittadella della Salute;
 - Area Ovest: Consultorio di Capoterra e Assemini;
 - Sarcidano-Barbagia di Seulo-Trexxenta: Consultorio di Isili e Senorbì.
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;
5. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni contenute nella presente "Manifestazione d'Interesse".

Data _____

Firma _____