

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@asltagliari.it

Oggetto: Riservato agli Infermieri – Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari dipendenti a tempo indeterminato disponibili a prestare servizio in regime di prestazione aggiuntiva, presso il Distretto Quartu Parteolla - Poliambulatorio di Quartu

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

MANIFESTA

l'interesse a prestare la propria attività presso il Distretto Quartu Parteolla Poliambulatorio di Quartu

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 determinato/indeterminato e di essere in possesso dei requisiti previsti dal bando
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 3 Turni
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 _____