

**Alla SC Servizio Professioni  
Infermieristiche e Ostetriche**

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

**Oggetto: Avviso Indagine Conoscitiva**

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

**DICHIARA**

- di essere dipendente a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_,
- di essere attualmente in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_  
PO/Distretto \_\_\_\_\_
- Attualmente lavora su: 1 Turno  2 Turni  3 Turni
- Di beneficiare di Legge 104/92 SI  NO
- Di essere in possesso
  - o Master I° livello "Infermiere di Famiglia e Comunità" acquisito presso:  
\_\_\_\_\_
  - o Master I° livello in "Cure Territoriali, Continuità assistenziale e Case  
Management" acquisito presso:  
\_\_\_\_\_
  - o Master I° livello, in ambito territoriale o di integrazione ospedale – territorio dal  
titolo: \_\_\_\_\_  
presso: \_\_\_\_\_
- 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 \_\_\_\_\_