

*Format Domanda*

**Alla SC Servizio Professioni  
Infermieristiche e Ostetriche**  
[servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it](mailto:servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL Cagliari, inquadrato nel profilo di Operatore Socio Sanitario, disponibile a prestare servizio presso le Unità Operative P.O San Marcellino di Muravera**

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

**MANIFESTA**

**l'interesse a prestare servizio presso le Unità Operative P.O San Marcellino di Muravera**

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 Infermiere;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_  
POU/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 \_\_\_\_\_