(Allegato B)

Spett. le

Asl Cagliari

sc.affarigenerali@aslcagliari.it

# OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE CON CARATTERE DI EVIDENZA PUBBLICA PER LA COSTITUZIONE DI UN ELENCO DI PERSONALE SANITARIO ED AMMINISTRATIVO PER L’INDIVIDUAZIONE DEI COMPONENTI DELLE COMMISSIONI PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI DI INVALIDITA' CIVILE, CECITÀ, SORDOMUTISMO, HANDICAP E DISABILITA’, DELL’ASL DI CAGLIARI.

Il/la Sottoscritto/a

Nato/a il a

Residente in Via n°

N° Telefono Codice Fiscale n°

Matricola n. E-mail

# MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE

Ad essere inserito nell’elenco dei componenti da nominare nelle commissioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile, handicap e disabilità, in qualità di:

Presidente  Componente  Medico Esperto  Operatore Sociale  Segretario 

# E DICHIARA

Di essere dipendente presso dal

con il seguente profilo professionale di:

* **MEDICO con specializzazione in ;**
* **MEDICO CONVENZIONATO con specializzazione in ;**

# OPERATORE SOCIALE;

* **AMMINISTRATIVO Cat. C, D e DS;**

# DICHIARA ALTRESÌ

* **Di essere in possesso dei requisiti previsti dall’Avviso Pubblico;**
* **Di allegare, alla presente domanda, il proprio curriculum professionale e documento di identità.**

Data Firma

