

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**
servizio.professionisanitarie@asltagliari.it

**Oggetto: avviso manifestazione di interesse per il reclutamento di personale Infermieristico
(area dei professionisti della salute e dei funzionari) riservato agli Infermieri dipendenti a tempo
indeterminato da assegnare all'Ufficio Bed management della ASL di Cagliari**

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

**MANIFESTA
l'interesse a prestare servizio presso l'Ufficio Bed management 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 Infermiere;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____
POU/Distretto _____
3. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
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.

Data _____

Firma _____