

Format Domanda

Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche ed Ostetriche
servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it

Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo indeterminato della ASL Cagliari, inquadrato nel profilo di Infermiere, disponibile a prestare servizio presso la SC Cure Domiciliari Integrate, sede di Cagliari

_ I _ sottoscritt _____, nato/a il ____/____/____
a _____ residente in via _____
n° _____, Città _____, cell _____
email ASL _____

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio presso la SC Cure Domiciliari Integrate, sede 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 _____;
3. di svolgere attività su: 1 turno 2 turni 3 turni;
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;
5. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni contenute nella presente "Manifestazione d'Interesse".

Data _____

Firma _____