

Format Domanda

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

Oggetto: Manifestazione di interesse Riservato a n. 2 Infermieri dipendenti a tempo indeterminato disponibili a prestare servizio presso SC Cure palliative e Hospice.

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

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio presso le SC Cure palliative e Hospice.

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 presso la Asl di Cagliari dal _____, matricola n. _____, con il profilo professionale di Infermiere;
2. di possedere esperienza lavorativa come Infermiere dal _____;
3. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____
POU/Distretto _____
4. Di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
5. Attualmente lavora su: 2 Turni ☐ 3 Turni ☐
6. 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 _____