

Format Domanda

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

**Oggetto: Manifestazione di interesse riservato a n. 1 Infermiere dipendente a tempo indeterminato disponibile a prestare servizio presso la SC Anestesia e Rianimazione Cagliari SS.Trinità.**

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

**MANIFESTA**

**l'interesse a prestare servizio presso la SC Anestesia e Rianimazione Cagliari SS.Trinità.**

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. 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 \_\_\_\_\_