

Format Domanda

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

Oggetto: Avviso di Manifestazione di interesse riservato agli Infermieri – Area dei Professionisti della Salute e Funzionari dipendenti a tempo determinato/indeterminato disponibili a prestare servizio in regime di Prestazioni Aggiuntive presso la Medicina Penitenziaria, Casa Circondariale "Ettore Scaldas", Uta – Asl Cagliari

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

MANIFESTA

**l'interesse a prestare la propria attività in regime di prestazione aggiuntiva presso la
Medicina Penitenziaria, Casa Circondariale "Ettore Scaldas", Uta**

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 della Asl di Cagliari a tempo determinato/indeterminato e di essere in possesso dei requisiti da bando
2. Matricola n. _____;
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
7. Si allega alla presente documento di Identità in corso di validità

Data _____

Firma _____