*Format Domanda*

 **Alla Direzione Generale**

**direzione.generale@aslcagliari.it**

**Oggetto: Avviso di Manifestazione di interesse riservato ai Dirigenti Medici-Area Medica o Area Chirurgica- dipendenti a tempo determinato/indeterminato disponibili a prestare servizio in regime di Prestazioni Aggiuntive presso la Medicina Penitenziaria, Casa Circondariale "Ettore Scalas", Uta – Asl Cagliari**

\_l\_ 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 Scalas", 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_