

Format Domanda

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

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

MANIFESTA

**l'interesse a prestare servizio presso la SC Servizio Sanitario Dipendenze (SERD) -
Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze**

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 Asl Cagliari dal _____, matricola n. _____, con il profilo professionale di Infermiere;
2. esperienza lavorativa come Infermiere dal _____;
3. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____ POU/Distretto _____;
4. Attualmente lavora su: 1 Turno 2 Turni 3 Turni
5. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
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 _____