

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@aslcaagliari.it

**Manifestazione di interesse riservato ai dipendenti a tempo indeterminato
disponibili a prestare servizio presso Ospedale di Comunità
Distretto Cagliari Area Vasta, Sede P.O. Binaghi**

I sottoscritt_ , nato il/...../.....
 a residente in
 via n° , Città
 email ASL cell.

MANIFESTA

l'interesse a prestare servizio presso Ospedale di Comunità, Distretto Cagliari Area Vasta, Sede P.O. Binaghi, 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 dal _____,
matricola n. _____, con il profilo professionale di Infermiere;
2. di essere attualmente in servizio presso l'U.O. _____
POU/Distretto
3. Di prestare attualmente servizio su ☐ 1 turno ☐ 2 turni ☐ 3 turni
4. Di essere in possesso dei seguenti Master
☐ Infermiere di Famiglia e Comunità ☐ Infermiere Case Manager
☐ Integrazione Ospedale Territorio ☐ Management delle cure primarie e territoriali
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 _____