

Format Domanda

**Alla SC Servizio Professioni
Infermieristiche e Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@aslqliari.it

**Oggetto: Riservato ai dipendenti a tempo indeterminato disponibili a prestare servizio
presso le Case di Comunità HUB e SPOKE della ASL di Cagliari**

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

MANIFESTA

**I'interesse a prestare servizio presso le Case di Comunità HUB e SPOKE della ASL di
Cagliari**

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 essere residente a _____
4. di essere disponibile a prestare servizio presso le case di comunità del Distretto di:
 Cagliari Area Vasta Area Ovest Quartu Parteolla
 Sarrabus Gerrei Sarcidano Barbagia di Seulo e Trexenta
5. Di essere in possesso dei seguenti Master
 Infermiere di Famiglia e Comunità Infermiere Case Manager
 Integrazione Ospedale Territorio Management delle cure primarie e territoriali
6. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
7. 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 _____

3