*Format Domanda*

**Alla SC Servizio Professioni Infermieristiche e Ostetriche**

servizio.professionisanitarie@aslcagliari.it

## Manifestazione di interesse riservato agli Infermieri dipendenti a tempo indeterminato disponibili a prestare servizio presso Ospedale di Comunità Distretto Cagliari Area Vasta, Sede P.O. Marino

_l_ 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. Marino, 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 _____



**Azienda Socio Sanitaria Locale di Cagliari n. 8,**
Sede legale Ospedale Marino,
viale Lungomare Poetto n. 12;

**Direzione**
**Servizio Professioni Infermieristiche e Ostetriche**
**ASL 8 Cagliari**
Sede: P.O Marino, viale Lungomare Poetto n. 12;