ALLEGATO B

Manifestazione di interesse per il conferimento della funzione di Infermiere Flussista in staff alla Direzione Aziendale.

Il/La sottoscritto/a _____

- Nato/a a: _____ Prov: (**)** il_____
- Residente a: _____ Cap: _____ Prov: (____)
- Indirizzo: _____
- Tel. / Cell.: _____ E-mail: _____
- PEC (personale): _____
- Dipendente a tempo indeterminato presso la ASL n. 8 di Cagliari;
- In servizio presso: _____
- Profilo professionale: Infermiere.

CHIEDE

di essere ammesso/a alla procedura di manifestazione di interesse per il conferimento della funzione di **Infermiere Flussista Aziendale.**

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi degli artt. 46 e 47 del citato D.P.R.,

DICHIARA

1. Di essere in possesso del seguente requisito di servizio:
    - **Rapporto di lavoro a tempo indeterminato** presso la ASL n. 8 di Cagliari;
    - **Almeno 5 anni di servizio** nell'area dell'Emergenza-Urgenza, maturati presso: _____;
2. **Requisiti disciplinari e di performance:**
    - Di **non** aver riportato provvedimenti disciplinari superiori al rimprovero scritto negli ultimi due anni;
    - Di aver riportato **valutazioni di performance individuale positive** nell'ultimo biennio.
3. **Possesso di titoli e formazione specifici** *(barrare le voci d'interesse e specificare)*:
    - [ ] Master in Area Critica – conseguito presso _____ in data _____ con votazione _____;
    - [ ] Master in Management Sanitario – conseguito presso _____ in data _____ con votazione _____;
    - [ ] Attestato di partecipazione a gruppi aziendali di percorso nella gestione del sovraffollamento dei PS;

ALLEGO:

1. **Curriculum Vitae** professionale, datato e sottoscritto, redatto in formato europeo;
2. **Progetto professionale** (elaborato progettuale di lunghezza non superiore a tre cartelle contenente la proposta operativa per il miglioramento della gestione dei flussi assistenziali aziendali, con particolare riferimento alla riduzione del boarding in Pronto Soccorso, al governo dei posti letto e all'integrazione ospedale-territorio);
3. Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e del D.Lgs. 196/2003 per le finalità connesse alla gestione della presente procedura.

Luogo e data_____

Firma