

Le manifestazioni di interesse, redatte secondo il presente schema e corredate del *curriculum vitae*, dovranno essere inviate esclusivamente all'indirizzo di posta elettronica aziendale <[segreteria.serviziopersonale@asl8cagliari.it](mailto:segreteria.serviziopersonale@asl8cagliari.it)>, entro il decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale [www.asl8cagliari.it](http://www.asl8cagliari.it) - sezione "Notizie". Qualora il giorno di scadenza sia festivo, lo stesso è prorogato al giorno successivo non festivo.

**Al Direttore ASSSL Cagliari**  
**Servizio del Personale**

[segreteria.serviziopersonale@asl8cagliari.it](mailto:segreteria.serviziopersonale@asl8cagliari.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per eventuale assegnazione al "Centro per disturbi cognitivi e demenza" Centro Diurno Alzheimer Pad. G - via Romagna: Profilo professionale COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE.**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_)  
il\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, (CAP\_\_\_\_),  
Via \_\_\_\_\_, n.\_\_\_\_ domiciliat\_\_ per la procedura in oggetto in  
\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### MANIFESTA

**la propria disponibilità all'eventuale assegnazione "Centro per disturbi cognitivi e demenza" Centro Diurno Alzheimer Pad. G - via Romagna .**

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato DPR

#### DICHIARA

1. di essere dipendente a tempo pieno e indeterminato della ATS - ASSSL Cagliari con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere dal \_\_\_\_\_;
2. di prestare servizio presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
3. avere limitazioni funzionali, compatibili con le attività da assolvere nel "Centro Diurno";
4. di aver prestato servizio presso UO di Geriatria o di Neurologia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
5. che quanto riportato nell'**allegato curriculum formativo e professionale**, datato e firmato, corrisponde a verità;
6. ai sensi del D.Lgs n. 196/2003, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.

Allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

**Data,** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_