ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

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*>, entro il decimo giorno successivo alla data di pubblicazione del presente avviso sul sito aziendale *www.aslcagliari.it* - sezione "*Notizie*". Qualora il giorno di scadenza sia festivo, lo stesso è prorogato al giorno successivo non festivo.

Al Direttore ASSL Cagliari
Servizio del Personale

segreteria.serviziopersonale@asl8cagliari.it

Oggetto: Manifestazione di interesse per 1 posto di CPSI da assegnare alle Attività dell'Ufficio Relazioni col Pubblico: Profilo professionale COLLABORATORE PROFESSIONALE INFERMIERE.

__l__ sottoscritt_ _____, nat__ a _____ (Prov.___) il _____,residente in _____, (CAP_____), Via_____, n._____ domiciliat__ per la procedura in oggetto in _____ (CAP_____), Via_____n.___ Tel._____ email_____

DICHIARA

la propria disponibilità per l' assegnazione alle attività dell'URP:

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del DPR 445/00 delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità dichiara:

1. di essere dipendente a tempo pieno e indeterminato della ASL Cagliari con la qualifica di Collaboratore Professionale Infermiere dal _____;

2. di prestare servizio presso l' U.O. a)_____
dal_____al_____ b) _____dal _____ al _____;

3. di avere limitazioni funzionali certificate dal Medico Competente ☐ Collegio medico ☐ ;

4. di godere dell'esclusione dai turni notturni per prescrizione del M.C. ☐;

5. che quanto riportato nell'allegato curriculum corrisponde a verità ☐;

6. ai sensi del D.Lgs n. 196/03, 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.

7. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Si allega curriculum formativo e professionale datato e firmato

Data, _____ firma _____