

**Al Direttore Sanitario
Azienda ASL Cagliari
Via Piero della Francesca 1
Loc. su Planu
09047 Selargius (CA)**

Oggetto: Domanda di partecipazione all'avviso di Mobilità interna volontaria per collaboratore professionale sanitario infermiere.

__I__ sottoscritt_____, nat__ a _____ (Prov. ____)
il_____, residente in_____, (CAP_____), Via _____,
n.____ e domiciliat__ per la procedura in oggetto in _____
(CAP____), Via _____ n. __ Tel. _____ Cell. _____

CHIEDE

Di essere ammesso a partecipare alla Mobilità interna volontaria per collaboratore professionale sanitario infermiere per la struttura _____.

A tal fine dichiara:

1. di essere dipendente a tempo indeterminato della Azienda U.S.L. N°8 di Cagliari nel profilo di collaboratore professionale sanitario infermiere con decorrenza dal _____;
2. di prestare servizio presso _____
3. di aver effettuato tre turni dal_____ al _____
4. di aver effettuato due turni dal_____ al_____
5. di allegare curriculum formativo e professionale;
6. di accordare il consenso, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgv n. 196/03, 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.

Cagliari, _____

Firma
