

Al Direttore Sanitario
Della A.S.L. N°8
Via Piero della Francesca, 1 Loc. su Planu
09047 Selargius (CA)

Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso di Mobilità interna volontaria

__l__ 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 **n°2 Collaboratori
Professionali Sanitari – Infermieri Cat. “D” da destinare alla Centrale Operativa 118**

A tal fine dichiara:

1. di essere dipendente a tempo indeterminato della A.S.L. N°8 di Cagliari in qualità di Coll.
Prof.le Sanitario – Infermiere con decorrenza dal
_____;
2. di prestare servizio presso _____;
3. 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

Si allegano i seguenti documenti:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- elenco dei documenti e titoli presentati.

pg