

Al Direttore Dipartimento del Farmaco  
Via Piero della Francesca, 1 Loc. su Planu  
09047 Selargius (CA)

Oggetto: domanda di partecipazione all'avviso di Mobilità interna per Dirigenti Farmacisti.

\_\_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 Dirigenti Farmacisti da destinare a:

\_\_\_\_\_;

A tal fine dichiara:

1. di essere dipendente a tempo indeterminato della A.S.L. N°8 di Cagliari in qualità di Dirigente Farmacista, 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

---

**ASL Cagliari**

Sede legale: Via Logudoro 17 - 09126 Cagliari  
sede Amm.va: Via Piero della Francesca 1 - 09047 Selargius  
c.f.e.p. iva: 02261430926  
www.aslcagliari.it