

Alla Asl Sulcis Iglesiente

risorseumane@aslsulcis.it

SCHEMA DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

residente in _____ Prov. _____

con Codice Fiscale _____

Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Telefono _____

Indirizzo di posta elettronica aziendale

_____;

CHIEDE

di partecipare all'avviso di manifestazione di interesse interna per la creazione di un elenco di dipendenti finalizzato all'eventuale svolgimento di ore in prestazione aggiuntiva presso la SSD di Chirurgia Ortopedica Specialistica del P.O. CTO, rivolto al personale medico e infermieristico.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza di benefici in caso di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA:

- di essere dipendente dell'ASL Sulcis Iglesiente con contratto a tempo pieno e Indeterminato____/determinato____dal____/____/____ presso l'U.O./ Servizio_____, inquadrati nel profilo nel profilo di:
- ☐ Infermiere – Area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- ☐ Dirigente Medico - disciplina dell'area medica e chirurgica: disciplina _____
- di essere in possesso dell'idoneità alla mansione e di tutti i requisiti richiesti per la partecipazione alla manifestazione di interesse.
- di acconsentire al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. n. 196/2003

Data ____/____/____

FIRMA

Allegati:

- Copia di documento di riconoscimento in corso di validità;