

**SCHEMA FAC SIMILE DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**  
**(non inviare il fac simile come domanda)**

Alla Direzione delle Professioni Sanitarie  
della ASL n. 4 della Asl Ogliastra

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**MANIFESTA L'INTERESSE**

a partecipare alla selezione per il reclutamento di personale Infermieristico da assegnare alla Centrale Operativa Territoriale, (COT). A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. figli 76 del D.P.R. n..445 2000 delle sanzioni penali cui può andare incontro, in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità ai sensi degli articoli 46 e 47 del citato D.P.R.,

**DICHIARA**

di essere dipendente a tempo indeterminato della ASL n. 4 dell'Ogliastra nel profilo di Infermiere, Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari matricola n. \_\_\_\_\_, dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

di essere in servizio presso la UO \_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_;

Di essere a tempo pieno e indeterminato;

Di essere in possesso dell'idoneità lavorativa per l'espletamento delle attività di cui al presente avviso.

Di possedere i seguenti titoli preferenziali

---

Di accordare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", modificato e integrato dal Decreto Legislativo n. 101 del 10 agosto 2018, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE 2016/679) del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

di non trovarsi in alcuna delle situazioni di incompatibilità di cui al D.lgs. n. 39/2013 e/o all'art. 53 D.lgs. 165/2001 e s.m.i.

Il/La sottoscritto/a chiede di ricevere ogni necessaria comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Al fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, un curriculum formativo e professionale, datato e firmato, autocertificato ai sensi di legge.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega:

Curriculum formativo e professionale.

Copia documento di identità

