

SCHEMA FAC SIMILE DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

(Non inviare il fac-simile come Domanda)

Alla Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Ogliastra

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____,
residente a _____ via _____ n. _____ CAP _____,

MANIFESTA L'INTERESSE

a partecipare alla candidatura per la creazione di un elenco integrativo di CPS Infermiere/Infermiere Pediatrico per attività in regime di prestazione aggiuntiva presso la SC Pediatria dell'ASL Ogliastra.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 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 o determinato della ASL Ogliastra nel Profilo di Infermiere o Infermiere Pediatrico, Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari matricola n. _____, dal ___/___/____;

- di essere in servizio presso la UO _____ dal ___/___/____;

- 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 e di eventuali titoli preferenziali, 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