

Alla Direzione Aziendale della ASL n. 4
Ogliastra protocollo@pec.aslogliastra.it

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA COMPOSIZIONE DEL COMITATO UNICO DI
GARANZIA DELLA ASL OGLIASTRA. ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritt ____ nat ____ a _____ il _____ residente a
_____ Via _____ Codice Fiscale _____ dipendente a tempo
indeterminato della ASL Ogliastra con la Qualifica _____ numero di
matricola _____ telefono _____ mail _____

CHIEDE

- ☐ DI ESSERE AMMESSO/A ALLA SELEZIONE PER LA COSTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA DELLA ASL
OGLIASTRA
- ☐ SI ALLEGA CURRICULUM VITAE AGGIORNATO E DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.
- ☐ SI AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO LEGGE 30 GIUGNO 2003 N. 196 E
DELL'ART. 13 GDPR.

Data

Firma
