

**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 DI ORISTANO. 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
