

All.1: Domanda

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI INFERMIERI (COLLABORATORE PROFESSIONALE INFERMIERE-D) PREVIO CORSO FORMATIVO CON ESAMI FINALI, PER OPERARE NELL'AMBITO DELLA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI PRESSO LE CENTRALI DI CONTINUITÀ TERRITORIALE (CCT) DA ISTITUIRSI NELL'INTERO TERRITORIO AZIENDALE

**AL DIRETTORE
Azienda ASL Latina
Dott. Giorgio Casati**

Il/la sottoscritto/a _____

Matricola: _____ Qualifica: _____ Categoria _____

In servizio presso UOC/UOS _____ SEDE _____

chiede di partecipare alla manifestazione di interesse per l'individuazione di Infermieri, previo corso formativo selettivo, che operino nell'ambito della presa in carico dei pazienti cronici presso le Centrali di Continuità Territoriale, da istituirsi nell'intero territorio aziendale.

Inoltre dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

a) di essere nato/a a _____ il _____ e di
essere residente in _____
via _____

b) di essere dipendente di codesta azienda in qualità di _____

con contratto a tempo _____ con decorrenza dal _____

c) di avere orario di lavoro articolato: h24 su _____ giorni/sette;

d) di avere rapporto di lavoro full time;

e) di non avere limitazioni alle funzioni proprie del profilo di appartenenza;

f) di essere in servizio attualmente presso la U.A. _____
presidio/distretto _____.

Si allega:

- curriculum vitae redatto ai sensi degli art. 46 e 47 del d.p.r. 28.12.2000, n. 445;
- Documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto dichiara inoltre che qualsiasi comunicazione inerente tale avviso, dovrà essere inviata:

Tel. fisso _____ cellulare _____

E-mail _____

data

firma
