

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'INDIVIDUAZIONE DI CPS-FISIOTERAPISTI IN POSSESSO DEL MASTER DI 1° LIVELLO IN FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La U.O.C Professioni Sanitarie emette la seguente manifestazione d'interesse, al fine di individuare personale CPS-Fisioterapista in possesso del titolo: Master 1° livello in funzioni di **“Coordinamento delle Professioni Sanitarie”**.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Le domande dovranno essere inviate, utilizzando il modulo allegato, al seguente indirizzo mail: avvisi.professionisanitarie@ausl.latina.it.

SCADENZA

Le domande dovranno pervenire entro il 3° giorno successivo alla pubblicazione sul sito ASL Latina, sezione “avvisi e concorsi”.

UOC Professioni Sanitarie
Dipartimenti non Ospedalieri
Dr. Valentino Coppola
f.to

UOC Professioni Sanitarie
Rete Ospedaliera
Direttore Roberta Biaggi
f.to

Allegato: Domanda

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L' INDIVIDUAZIONE DI CPS-
FISIOTERAPISTI IN POSSESSO DEL MASTER DI I° LIVELLO IN FUNZIONI DI
COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

**Alla UOC Professioni Sanitarie
AUSL LATINA**

Il/la sottoscritt _____
matricola _____ qualifica _____
_____ n servizio presso la UOC/UOS _____
sede _____, chiede di partecipare alla manifestazione di interesse per l'individuazione di personale
CPS-Fisioterapisti in possesso del titolo: Master I° livello in funzioni di **“Coordinamento delle
Professioni Sanitarie”**.

A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art 76 del D.P.R
n 445/00 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere dipendente di codesta azienda in qualità di _____
con contratto a tempo _____ con decorrenza ___/___/_____;
- di essere in servizio attualmente presso la U.A _____
presidio/distretto _____;
- di essere in possesso del seguente Master _____
conseguito il _____ presso _____

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

cellulare ___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

mail _____@ausl.latina.it
(scrivere in stampatello – solo mail aziendale)

Data _____

Firma