**SCHEMA FAC SIMILE DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

Alla Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero

 ASL Medio Campidano

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_

 Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA L’INTERESSE**

a svolgere la propria attività presso il Servizio:

* Endoscopia Digestiva
* Blocco Operatorio
* Oncologia

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall‟art. figli 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 della ASL Medio Campidano nel profilo di CPS Infermiere, matricola n. , dal / / ;

* di essere in servizio presso la UOC dal

 / / ;

* Di essere a tempo pieno,
* Che quanto riportato nel Curriculum Vitae corrisponde al vero;
* Di accordare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allega copia di documento in corso di validità e copi del Curriculum Vitae datato e firmato.

Data

 FIRMA DIPENDENTE