

SCHEMA FAC SIMILE DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AL SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
ASL Medio Campidano

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____, residente a _____ via _____ n. _____ Cap _____ mail: _____

MANIFESTA L'INTERESSE

a svolgere la propria attività presso le Case della Comunità della ASL Medio Campidano.

A tal fine, consapevole ai sensi di quanto disposto dall'art. 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 Operatore Socio Sanitario - Area degli Operatori, matricola n. _____ dal ___/___/____;
- di essere in servizio presso la U.O.C. _____ dal ___/___/____;
- di essere a tempo pieno;
- di essere in possesso dell'idoneità, certificata dal Medico Competente, compatibile con le funzioni da ricoprire, di cui allego copia;
- di essere disponibile allo svolgimento di tutte le attività previste, ivi comprese quelle itineranti a domicilio, in collaborazione con il team multidisciplinare, del paziente cronico/fragile o verso altre Case della Comunità dell'ASL Medio Campidano, H24, 7 giorni su 7;
- 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 Curriculum Vitae e copia di documento in corso di validità

_____, ___/___/____

Firma dipendente