



Al Responsabile Servizio Formazione  
c/o Direzione Generale  
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI CAGLIARI  
Via Ospedale 54, 09124 Cagliari

**Oggetto: Manifestazione d'interesse per la partecipazione al percorso "Formazione Facilitatori dei gruppi di lavoro e dei percorsi formativi in sanità"**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_, nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, (CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_,  
n. \_\_\_\_\_ e domiciliat\_\_ per la procedura in oggetto in \_\_\_\_\_  
(CAP \_\_\_\_\_), Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**COMUNICA**

*Con la presente la propria disponibilità a partecipare alla selezione relativa al percorso in oggetto.*

A tal fine **dichiara sotto la propria responsabilità:**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato di codesta A.O.U. con la qualifica di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
2. di prestare servizio presso \_\_\_\_\_
3. ai sensi del D.Lgs n. 196/03, di accordare il consenso affinché i propri dati possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazione a terzi al fine di provvedere ad adempimenti derivanti da obblighi di legge.
4. di allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corsi di validità.

Data, \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_



Si allegano:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato;
- n.1 copia dell'elenco dei documenti e dei titoli presentati.