

Al Direttore Generale
Via Ospedale, 54
Cagliari

Oggetto: mobilità interna volontaria per n. 12 posti di collaboratore professionale sanitario – infermiere cat D.

___ sottoscritt___ _____ nat___ a _____ il _____ chiede di essere ammesso a partecipare alla Mobilità interna volontaria per collaboratore professionale sanitario infermiere per la struttura: _____.

Dichiara sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR 445 del 28.02.2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 (si allega copia di un documento valido d'identità):

a) di essere nato a _____ il _____;

b) di essere residente a: _____ in

Via _____ n° _____ CAP _____;

c) di essere dipendente a tempo indeterminato della Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari nel profilo di collaboratore professionale sanitario infermiere con decorrenza dal

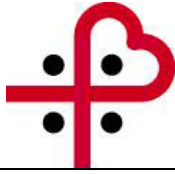
_____;

d) di prestare servizio presso _____;

e) di avere o non aver prestato servizio presso Pubbliche Amministrazioni o Datori di lavoro privati

come di seguito meglio indicato:

PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET /Co.Co.Co/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE
CASA DI CURA / ENTE PRIVATO	DATA INIZIO	DATA FINE	QUALIFICA	PROFILO	TEMPO INDET./DET /Co.Co.Co/ etc. (SPECIFICARE)	IMPEGNO ORARIO SETTIMANALE



f) di aver diritto a precedenza e/o preferenza in quanto _____ ;

g) di allegare curriculum formativo e professionale;

h) di accordare il consenso, ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgv n. 196/03, 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.

Chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso venga fatta al seguente indirizzo:

Sig. _____

Via _____ n° _____

C.a.p. _____ città _____ Prov. _____

Telefono _____

DICHIARA INOLTRE

Che i documenti allegati, elencati nell' allegato elenco firmato e datato, sono conformi agli originali i sensi dell' art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445. A tal fine allega la fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma _____