*Format Domanda*

 **Al Direttore della SC Servizio Infermiersitico e Ostetrico Zona Sud**

servizioprofessionisanitarie.sanluri@atssardegna.it

**Oggetto: Manifestazione di interesse riservata ai dipendenti a tempo pieno dell’ATS Sardegna – ASSL Sanluri inquadrato nel profilo di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere, Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista e Operatore Socio Sanitario disponibili a garantire le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti Covid-19 nei Distretti della ASSL di Sanluri.**

\_ l\_ sottoscritt\_ …………………………………….., nato il ……/…../………

a ……………………………………. residente in ………………………………..,

via ………………………………………….. n° ……… , Città ……………………. email ATS ……………………………………. cell. ………………………………………….

**MANIFESTA**

**l’interesse a garantire le attività assistenziali presso il domicilio dei pazienti Covid-19 nei Distretti della ASSL di SANLURI:**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n.445 del 24/12/2000 e consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci ai sensi dell’art. 76 del citato D.P.R.

**DICHIARA**

1. di essere dipendente a tempo indeterminato/determinato dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_\_\_\_, con il profilo professionale di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere attualmente in servizio presso l’U.O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della ASSL di Sanluri;
3. di prestare attività lavorativa con rapporto di lavoro a tempo pieno:
4. di aver letto e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni;
5. di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. n°196/03 – Reg. Europeo 679/2016 – D.lgs 101/2018.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_