

SCHEMA DOMANDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

AI SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE
AZIENDA SANITARIA LOCALE
VIA CARDUCCI 35 – 09170 ORISTANO

Il/La _____
sottoscritto/a _____
nato/a _____ il _____
residente a _____
via _____ n. _____ Cap _____
Città _____

CHIEDE

di essere ammesso/a all'avviso di manifestazione di interesse per la copertura di posti presso l'U.O. Neuroriabilitazione del P.O. di Oristano, riservato al personale dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di:

- CPS INFERMIERE - Cat. D
- CPS FISIOTERAPISTA - Cat. D
- CPS LOGOPEDISTA - Cat. D
- OPERATORE SOCIO SAN ITARIO - Cat. B Livello Economico "BS"

A TAL FINE DICHIARA

di essere dipendente a tempo indeterminato nel profilo professionale di:

- CPS INFERMIERE - Cat. D
- CPS FISIOTERAPISTA - Cat. D
- CPS LOGOPEDISTA - Cat. D
- OPERATORE SOCIO SAN ITARIO - Cat. B Livello Economico "BS"

presso: _____

che il domicilio presso il quale deve, ad ogni effetto, essere inviata ogni necessaria comunicazione è il seguente:

COGNOME _____
NOME _____
VIA _____ N. _____
CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____
TELEFONO _____

Al fine della valutazione di merito, il/la sottoscritto/a presenta i documenti ed i titoli indicati nell'allegato elenco.

Data _____

FIRMA _____

ASL Oristano
Direttore
U.O.C. Servizio Professioni Sanitarie
Dott. Angelo Piras

Via Rockefeller
09170 **Oristano**
Tel. 0783/317281 Fax 0783/317202
www.asloristano.it
E-mail:
po.smartino.@asloristano.it

Via Carducci
09170 **Oristano**
Tel. 0783/317043 - Fax 0783/317837
angelo.piras@asloristano.it

