**FAC-SIMILE DOMANDA manifestazione di interesse riservato al personale dipendente a tempo indeterminato, in servizio presso l’ASL n. 3 di Nuoro o altre aziende del SSR inquadrato nel profilo di dirigente medico specializzato in disciplina affine o equipollente a: Anestesia e Rianimazione, Chirurgia generale, Geriatria, Medicina interna, Nefrologia e Dialisi, Ortopedia, Urologia, per la copertura di turni presso il Presidio Ospedaliero San Francesco di Nuoro**

 AL DIRETTORE GENERALE

ASL 3 DI NUORO

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_

**MANIFESTA L’INTERESSE**

# a effettuare accessi in prestazione aggiuntiva, al di fuori dell’orario di servizio che verrà liquidata con i fondi RAR (Risorse Aggiuntive Regionali) come specificato nel bando, le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione – Chirurgia - Pronto Soccorso e OBI - Geriatria – Penumologia - Medicina – Nefrologia e Dialisi – Ortopedia e Urologia del Presidio Ospedaliero “San Francesco” di Nuoro

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 presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nel profilo professionale di: Dirigente Medico - Disciplina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di essere in servizio presso la UOC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
* Di accordare il consenso al trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Allega copia di documento in corso di validità.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA DIPENDENTE

 ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***