Azienda Socio Sanitaria Locale n. 2 Gallura
Dipartimento DDHT
SC DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE

Olbia, 17 Novembre 2026

Format Domanda da inviare a: protocollo@pec.aslgallura.it

Spett. Le
ASL 2 Gallura

AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AGLI INFERMIERI DELLA ASL GALLURA INTERESSATI A GARANTIRE LA COPERTURA DEI TURNI C/O LA SSD PRONTO SOCCORSO P.O. TEMPIO - ADESIONE

_L_ sottoscritt_____

nat_ il _____ a _____,

tel/cell. _____

e-mail Aziendale _____

Codice Fiscale _____

DICHIARA

di essere dipendente dal _____, matricola n._____

con il profilo professionale di Infermiere c/o la U.O.
_____

di aver maturato esperienza nell'ambito Emergenza Urgenza c/o _____

dal _____ al _____

di autorizzare al 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.

luogo e data _____

firma dipendente _____