



FAC-SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Direttore Generale Azienda Sanitaria di Potenza
Ufficio Protocollo – Via Torraca n. 2 – 85100 Potenza

OGGETTO: Manifestazione d'interesse per l'effettuazione del servizio di pronta disponibilità presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il _____ e residente in _____ (CAP _____) via _____, tel. _____, PEC/email _____

MANIFESTA LA PROPRIA DISPONIBILITA'

Ad effettuare il servizio di pronta disponibilità presso l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, per la copertura della seconda reperibilità nei turni notturni e/o festivi.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28/11/2000 n. 445 e ss.mm.ii., concernente le dichiarazioni sostitutive di certificazione e dell'atto di notorietà, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per dichiarazioni mendaci, falsità in atti e uso di atti falsi, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

1. di aver preso visione dell'Avviso di manifestazione di interesse e di accettare tutte le condizioni in esso previste;
2. (barrare casella di interesse)
 - di essere un dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, inquadrato nel profilo professionale di Autista di ambulanza, con contratto di lavoro a tempo indeterminato;
 - di essere un dipendente dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, inquadrato nel profilo professionale di Autista di ambulanza, con contratto di lavoro a tempo determinato, con scadenza _____;



3. di essere in possesso dell'idoneità fisica all'impiego nell'osservanza di quanto previsto dall'art. 26 del
D.Lgs. n. 106/2009;

Luogo e data _____

FIRMA
