

Schema di domanda**AL DIRETTORE SERVIZIO INFERMIERISTICO
E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
P.O. S. FRANCESCO NUORO**

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (Prov. ____)

Il _____, e residente in _____ (Prov. ____) (c. a. p. _____)

Via _____ n. tel. _____,

chiede di partecipare al corso di Formazione Formatori denominato:

“Percorsi, protocolli e procedure assistenziali. Competenze metodologiche e operative mirate all’implementazione”.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara:

1) Di essere dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda Sanitaria di Nuoro, con la qualifica di Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere - Ostetrica- Fisioterapista, Cat. DS o Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere – Ostetrica - Fisioterapista Cat. D, dal: _____

2) Di dare la disponibilità per conseguire la formazione specifica del settore;

3) Di prestare servizio presso: _____

4) Di aver prestato servizio presso: _____

Si allega alla presente *Curriculum Formativo e Professionale*

Il recapito presso cui indirizzare eventuali comunicazioni:

(via) _____

(comune) _____ (c. a. p.) _____ (tel.) _____

Data _____

FIRMA

(non autenticata ai sensi della L. 127/97)
