

# AZIENDA SANITARIA - NUORO

REGIONE SARDEGNA

## Servizio Infermieristico e delle Professioni Sanitarie

### P.O. San Camillo Sorgono

Si rende noto che è indetta selezione interna, per titoli e colloquio, riservata al personale dipendente appartenente al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D, che opera nel P.O. San Camillo di Sorgono, per la copertura dei posti vacanti nell' U.O. Pronto Soccorso di Sorgono

Possano fare domanda i dipendenti in possesso dei seguenti requisiti:

1. appartenere al profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere Cat. D;
2. essere in servizio a tempo pieno e indeterminato;
3. non usufruire di limitazioni di orario a nessun titolo.

Per l'ammissione alla Selezione gli interessati dovranno inoltrare domanda di partecipazione, utilizzando il modulo allegato, al Servizio Personale via Demurtas 08100 Nuoro, entro il **12/03/2012**.

Il Personale interessato dovrà **allegare obbligatoriamente un Curriculum formativo e professionale su carta semplice datato e firmato.**

Per ulteriori informazioni telefonare alla segreteria, al seguente numero: 0784/240966

Nuoro 01/03/2012

F.TO Dr.ssa Maria Rita Pinna

**AL DIRETTORE SERVIZIO PERSONALE**

**Via Demurtas, 1**

**NUORO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) il \_\_\_\_\_, e  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_) Via \_\_\_\_\_ (c. a. p. \_\_\_\_\_) n. tel. \_\_\_\_\_,  
chiede di essere ammesso/a alla **Selezione Interna**, per titoli e colloquio, per il reclutamento di Collaboratori  
Professionali Sanitari - INFERMIERI da destinare alla copertura dei posti vacanti dell' U.O. Pronto  
Soccorso. P.O. "S. Camillo Sorgono".

A tal fine, sotto la propria responsabilità, dichiara :

1. Di essere dipendente a tempo indeterminato di questa Azienda, con la qualifica di Collaboratore  
Professionale Sanitario – INFERMIERE Cat. D. dal: \_\_\_\_\_;
2. di prestare attualmente servizio presso la U.O. \_\_\_\_\_;
3. di non usufruire di riduzione dell'orario di servizio;
4. di aver prestato servizio presso (1) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Allego Curriculum Formativo

Il recapito presso cui indirizzare eventuali comunicazioni: (via) \_\_\_\_\_  
(comune) \_\_\_\_\_ (c. a. p.) \_\_\_\_\_ (tel.) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

(non autenticata ai sensi della L. 445/2000)

\_\_\_\_\_

(1) Indicare in ordine cronologico le UU.OO. dove è stato prestato il servizio in questa o in altre Aziende Sanitarie, specificando le relative date.