

Al Direttore Generale
Azienda regionale di coordinamento per la salute
VIA EMAIL
em.covid19@arcs.sanita.fvg.it

OGGETTO: Manifestazione di interesse ad effettuare prestazioni sanitarie presso le Aziende sanitarie della Regione Friuli Venezia Giulia in qualità di collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare.

Il/la sottoscritt _____

nato a _____ il _____

residente a _____ in via _____

recapito telefonico _____ indirizzo mail _____

manifesta il proprio interesse all'assunzione dell'incarico professionale di collaboratore professionale sanitario – tecnico sanitario della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare presso la seguente azienda sanitaria (barrare la voce che interessa):

Barrare l'Azienda di interesse	Azienda	Eventuale scelta struttura ospedaliera
<input type="checkbox"/>	ASU Friuli Centrale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ASU Giuliano Isontina	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AS Friuli Occidentale	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I.R.C.C.S. CRO Aviano	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	I.R.C.C.S. Burlo Garofalo	<input type="checkbox"/>

Per un numero indicativo di _____ ore settimanali a partire dalla data di ingaggio.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle responsabilità penali previste in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atti falsi dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiara:

- di essere in possesso del seguente titolo di studio _____ conseguito presso _____ il _____

- di essere iscritto all'Ordine della professione sanitaria di tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare della provincia di _____ n. iscrizione _____
- di essere stato collocato in quiescenza dal _____
- di non aver subito condanne penali o avere procedimenti penali in corso che inibiscano il rapporto con la Pubblica Amministrazione
- di non avere alcuna limitazione lavorativa per motivi di salute
- di non essere attualmente dipendente del SSN o di altra Pubblica Amministrazione
- di aver maturato le esperienze professionali riportate nel curriculum allegato

Per i cittadini di stato estero non facenti parte dell'Unione Europea:

- di possedere regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da _____ con scadenza il _____.

Allegati:

- ✓ fotocopia documento d'identità
- ✓ curriculum professionale aggiornato datato e firmato
- ✓ copia permesso di soggiorno (solo per cittadini extra europei)

data _____

(firma)