

**SOTTOSCRIZIONE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**PRESTAZIONI AGGIUNTIVE PER COPERTURA TURNI CPSI 2022**

**EMERGENZA COVID**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente presso l’U.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sotto la propria responsabilità

e consapevole delle conseguenze derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto stabilito agli artt. 46 e 47 del DPR 445 del 02.12.2000 e smi dichiara quanto appresso:

(apporre una X a fianco della fattispecie di interesse)

 CPS INFERMIERE (CAT. D)

 INFERMIERE GENERICO SENIOR (CAT. C)

 Assenza degli elementi di esclusione previsti dal Regolamento Aziendale nr. 1462 del 16.12.2016 Art. 5 - Comma 2 (situazioni che determinano limitazioni dell’attività lavorativa)

 Possesso di attestazione CORSO BLSD

 Possesso di attestazione FORMAZIONE VESTIZIONE/SVESTIZIONE DPI COVID

 Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegare: Copia Documento Identità