

**Alla Direzione Aziendale
della ASL n. 5 di Oristano**
risorse.umane@asloristano.it

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER LA COMPOSIZIONE DEL COMITATO UNICO DI
GARANZIA DELLA ASL DI ORISTANO. ISTANZA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritt ____ nat ____ a _____ il _____ residente a

_____ Via _____ Codice Fiscale _____ dipendente a

tempo indeterminato della ASL di Oristano con la Qualifica _____

numero di matricola _____ telefono _____ mail _____

CHIEDE

- ☐ DI ESSERE AMMESSO/A ALLA SELEZIONE PER LA COSTITUZIONE DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA DELLA ASL DI ORISTANO
- ☐ SI ALLEGA CURRICULUM VITAE AGGIORNATO E DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'.
- ☐ SI AUTORIZZA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO LEGGE 30 GIUGNO 2003 N. 196 E DELL'ART. 13 GDPR.

Data

Firma
