

**Alla Direzione Aziendale
della ASL n. 5 di Oristano**
risorseumane@pec.asloristano.it

**MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER L'INTEGRAZIONE DEI COMPONENTI 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 L'INTEGRAZIONE DELLA COMPOSIZIONE 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 REGOLAMENTO EUROPEO n. 2016/679
(GDPR) e del D. Lgs 196/2023 e ss.mm.ii.DECRETO LEGGE 30 GIUGNO 2003 E SS.MM.II.

Data

Firma
