



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it


AVVISO di MOBILITA' INTERNA Per *INFERMIERI* a tempo indeterminato

<u>SEDE DI ALBA</u> ↓	<u>SEDE DI BRA</u> ↓
<ul style="list-style-type: none">■ SALE OPERATORIE■ CHIRURGIA GENERALE■ MEDICINA GENERALE■ UROLOGIA	<ul style="list-style-type: none">■ SALE OPERATORIE■ CHIRURGIA GENERALE■ MEDICINA GENERALE■ ORTOPEDIA BRA■ PRONTO SOCCORSO BRA

Gli Infermieri di ruolo che desiderano presentare domanda di mobilità presso le succitate Strutture possono scaricare il modulo dal sito internet dell'ASL CN2 (concorsi e avvisi- concorsi e selezioni) e riconsegnarlo (o spedirlo) debitamente compilato presso (al) **l'UFFICIO PROTOCOLLO - via Vida 10, Alba** entro e non oltre le ore 12 del **20/03/17**.

Le domande saranno oggetto di valutazione per la relativa graduatoria come da Regolamento Aziendale.

03/03/17


IL DIRETTORE
S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
(Franco CANE)



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslc2@legalmail.it – www.aslc2.it

**DOMANDA di PARTECIPAZIONE all'AVVISO di MOBILITA' INTERNA
per INFERMIERI a tempo indeterminato del marzo 2017**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

NATO/A _____ IL _____

RESIDENTE IN _____

TEL: _____ /CELL: _____

QUALIFICA _____

RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO: TEMPO PIENO PART TIME _____ %

S.C./SERVIZIO DI APPARTENENZA _____

DICHIARA

la veridicità di quanto contenuto nei dati sottostanti:

- **ANZIANITA' DI SERVIZIO** (Regolamento aziendale del 07/04/09 punto 3 comma a):

Segue →



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 – 12051 ALBA (CN)
Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480
e-mail: aslcn2@legalmail.it – www.aslcn2.it

- **SITUAZIONE PERSONALE E FAMILIARE**

- di essere unico genitore con figli conviventi minori - numero figli: _____
- figlio convivente minore fino a 12 anni - numero figli: _____
- famigliari conviventi portatori di handicap (L.104/92) o con invalidità 100% |__| SI |__| NO
- figli portatori di handicap (L.104/92) o con invalidità 100% |__| SI |__| NO

- **CURRICULUM FORMATIVO E PROFESSIONALE** (Regolam. az.le 07/04/09 punto 3 comma d)
N.B. è possibile allegare un documento con sintesi ordinata specificando anche eventuali particolari competenze ottenute attraverso esperienze lavorative espletate in area specifica prevista in questo bando

E CHIEDE

LA MOBILITA' PRESSO LA S.C./SERVIZIO (possibili n. 3 preferenze):

SEDE (specificare) Alba Bra indifferente

Data _____

FIRMA _____