

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ matr. n. \_\_\_\_\_

dipendente (barrare alternativamente)  a tempo indeterminato  a tempo determinato

con la qualifica di \_\_\_\_\_

in servizio presso la UOC \_\_\_\_\_

**Manifesta la propria disponibilità al trasferimento volontario presso il Presidio Cavallino come:**  
(barrare alternativamente)

<input type="checkbox"/> <b>Infermiere/infermiere pediatrico</b> (Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari)		
<input type="checkbox"/> UOSD Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> turnista	<input type="checkbox"/> fuori turnista
<input type="checkbox"/> UOSD Riabilitazione Intensiva e Ortopedia funzionale	<input type="checkbox"/> turnista	<input type="checkbox"/> fuori turnista
<hr/>		
<input type="checkbox"/> <b>Operatore socio-Sanitario</b> (Area degli operatori)	<input type="checkbox"/> turnista	<input type="checkbox"/> fuori turnista
<hr/>		
<input type="checkbox"/> <b>Operatore tecnico specializzato – autista</b>		

*Si allega C.V. autocertificato ai sensi del DPR 445/2000, datato e firmato.*

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_