

Al Direttore Generale
Azienda Sanitaria Locale Brindisi
Via Napoli n. 8
72100 **BRINDISI**
infermiemergenzacovid@asl.brindisi.it

Il/la sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____

da la propria **disponibilità immediata a ricoprire incarico a tempo determinato di CPS**

Infermiere, giusto quanto previsto dall'Avviso pubblico riservato agli INFERMIERI utilmente collocati nella graduatoria dell'avviso pubblico approvata con deliberazione D.G. n. 1062 del 14/06/2017 integrata dalle deliberazioni D.G. n. 1115 del 23/06/2017 e n. 1794 del 16/10/2017, pubblicato sul sito istituzionale ASL BR, in data 30/03/2020, dichiarando ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art.76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;

- di risiedere a:

Località _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____

- di avere i seguenti recapiti telefonici:

tel. _____ cell. _____

- di possedere il seguente **indirizzo di posta elettronica certificata personale (Pec) e/o MAIL** agli effetti di ogni comunicazione relativa alla presente procedura:

PEC: _____

MAIL: _____

- di essere utilmente collocato nella graduatoria dell'avviso pubblico approvata con deliberazione D.G. n. 1062 del 14/06/2017 integrata dalle deliberazioni D.G. n. 1115 del 23/06/2017 e n. 1794 del 16/10/2017 al posto n. _____;

- di aver preso visione del presente avviso e di accettare senza riserve ogni prescrizione e precisazione dello stesso.

Data.....

Firma

Il sottoscritto allega alla presente domanda :

➤ ***copia documento d'identità in corso di validità***