



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

**PROCEDURA SPECIALE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID19
AI SENSI DELL'ART. 1 DEL DECRETO LEGGE 9 MARZO 2020, N. 14**

**ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PERSONALE INFERMIERISTICO
PER ATTIVITÀ ASSISTENZIALE TERRITORIALE PRESSO ASL CN2 ALBA-BRA**

Il/La sottoscritto/a
nato/a ila
(Prov:)

residente in
indirizzo n.....
luogo (Prov:)

codice fiscale
tel
cellulare
mail
Pec

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO

E CHIEDE, in relazione all'emergenza sanitaria connessa alla diffusione del virus COVID -19, di poter prestare servizio come **INFERMIERE** libero professionista presso il territorio dell'A.S.L.CN2:



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 dpr 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo DPR 445/2000 quanto segue:

- di essere in possesso della laurea, ovvero di altro titolo equipollente secondo la normativa vigente, in.....
- di non essere attualmente dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra Pubblica Amministrazione
- di essere iscritto all'ordine di al n
- solo per i cittadini di stato estero non facente parte dell'Unione Europea - di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno in corso di validità rilasciato da
- di aver maturato le seguenti esperienze professionali:
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -
 -

In fede _____ luogo e data _____