

Regione Piemonte
Azienda Sanitaria Locale CN2
S.C. Amm.ne del Personale e Sviluppo Risorse Umane
Sede Legale: Via Vida, 10
12051 Alba (CN)
Sede di Alba: Tel. 0173/316521 - 205
Fax 0173/316480
E-mail:persalba@aslcn2.it



Ai sensi del D.L. 14/08/2020 n. 104 art. 29 comma c, si rende necessario attivare le procedure di reclutamento delle seguenti figure professionali

INFERMIERI

per assicurare i livelli essenziali di assistenza, in costanza dell'emergenza Covid 19, compreso il contenimento delle liste di attesa:

Verranno conferiti incarichi di lavoro di collaborazione coordinata e continuativa per il periodo massimo di un anno, con compenso orario di euro 30,00 e possibilità di sistemazione alberghiera comprensiva di vitto e alloggio in camera singola.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE:

La manifestazione di interesse dovrà essere espressa mediante la compilazione del **modulo allegato** da far pervenire, unitamente alla copia di un documento di identità, in corso di validità, esclusivamente al seguente indirizzo: **aslcn2@legalmail.it**

Le domande dovranno essere presentate entro le 12.00 di lunedì 31 AGOSTO 2020 e le proposte di incarico da parte dell'azienda saranno oggetto di valutazione comparativa tra gli istanti.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Massimo VEGLIO

Il presente documento è sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 21 del D.lgs. 82/2005.



A.S.L. CN2

*Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra*

**PROCEDURA SPECIALE LEGATA ALL'EMERGENZA COVID19
AI SENSI DEL D.L. 14/08/2020 N. 104**

**ACQUISIZIONE DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
PERSONALE INFERMIERISTICO (C.P.S. INFERMIERE)
PER ATTIVITÀ ASSISTENZIALE, COMPRESO IL CONTENIMENTO DELLE LISTE DI
ATTESA
NELL' OSPEDALE DI VERDUNO E TERRITORIO
ASLCN2 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,** di poter prestare servizio come **INFERMIERE** (**COLLABORAZIONE
COORDINATA E CONTINUATIVA**) presso ospedale di Verduno o Territorio dell'A.S.L. CN 2 ,
con compenso orario di euro 30,00



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 possedere patente di guida cat. B
- 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 _____