**ALLEGATO B**

**Cod. Proc. 20036APCOVID19INFERMIERE**

**AL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

**AZIENDA OSPEDALIERA SANTA MARIA DI TERNI**

**AVVISO PUBBLICO PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE EMERGENZACOVID-19 RIVOLTO AL PERSONALE INFERMIERISTICO**

Rivolto a:

COLLABORATORI PROFESSIONALI SANITARI – INFERMIERI – CAT. D

Il/la sottoscritto/a .................................................................., nato/a il .................... a............................................... (.....), residente in .................................................................................., via/piazza......................................................, n. ........... codice fiscale n. .............................................., telefono ........................., cellulare ................................, e-mail ............................................................, pec................................................................,

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA PROCEDURA IN OGGETTO E CHIEDE**

di essere iscritto in un elenco di:

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO – INFERMIERE – CAT. D

dando disponibilità a prestare attività clinico assistenziale presso l’Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni, con decorrenza immediata e su turnazione h/24 , 7 giorni su 7.

Si allega curriculum vitae e copia di un documento di identità in corso di validità.

Si dichiara di aver preso visione e accettare i contenuti del bando.

Lì,................................ FIRMA