

1 sottoscritt _____
nat_ a _____ (Prov. ____) il _____
e residente in _____ (Prov. _____)
alla Via _____, dipendente a tempo indeterminato
dell'Azienda Sanitaria Locale 02 Lanciano-Vasto-Chieti in qualità di C.P.S.-Infermiere presso
_____ a decorrere dal _____

C H I E D E

di partecipare all'avviso di mobilità interna riservato ai C.P.S.-Infermieri in servizio a tempo indeterminato per le necessità riferite al Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) di Chieti. Allega curriculum formativo e professionale.

Dichiara altresì di voler ricevere ogni eventuale comunicazione relativa alla presente procedura al seguente indirizzo:

cognome e nome _____
Via _____
Città _____
Telefono _____

Luogo e data _____

Firma _____