

\_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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso di mobilità interna riservato ai C.P.S.-Infermieri in servizio a tempo indeterminato per le necessità della Rete Aziendale per le Cure Palliative (Hospice Aziendali attivati).

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 \_\_\_\_\_