



COORDINAMENTO AZIENDALE SCREENING

Coordinamento Aziendale Screening
Asl Salerno
Via Nizza, 146
84124 SALERNO

Oggetto: Partecipazione alla Manifestazione di interesse per lo svolgimento di prestazioni aggiuntive finalizzate al Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa ASL Salerno – 2023 (delibera ASL Salerno n. 1215 del 20.09.2023)

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____, residente nel Comune di _____
(Prov. _____), CAP _____, al/alla Via/Corso/Piazza _____
n. _____, PEC _____
e-mail _____, cellulare _____
Telefono fisso _____, Matricola _____

MANIFESTA

il proprio interesse a partecipare alle attività finalizzate allo "svolgimento di prestazioni aggiuntive finalizzate al Piano Operativo Aziendale di recupero delle liste di attesa ASL Salerno – 2023 (delibera ASL Salerno n. 1215 del 20.09.2023)"

DICHIARA

- di essere in possesso dei requisiti richiesti;
- di essere dipendente dell'ASL Salerno (specificare qualifica e mansione e U.O. di appartenenza) _____

Autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità dell'avviso che verranno raccolti e trattati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.

(luogo e data)

(Firma)