



Ospedale Maggiore di Lodi  
Distretti e Presidi Lodigiani



Regione  
Lombardia

ASST Lodi

Alla ASST di Lodi

P.za Ospitale, 10

26900 - Lodi

**AVVISO PUBBLICO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA FORMAZIONE DI UN ELENCO DI INFERMIERI DISPONIBILI A PRESTARE ATTIVITA' ASSISTENZIALE PRESSO GLI OSPEDALI DELL'ASST DI LODI IN RELAZIONE ALL'EMERGENZA CORONAVIRUS**

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a il .....  
a ..... (Pr. ....), 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 infermieri disponibili a prestare attività assistenziale presso gli ospedali dell'ASST di Lodi in relazione all'emergenza Coronavirus.

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 in caso di dichiarazioni mendaci del medesimo D.P.R. 445/2000 quanto segue:

- Di essere in possesso del titolo di Infermiere
- Di aver maturato un'esperienza di almeno 6 mesi presso le seguenti strutture pubbliche o private  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Di NON essere dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o di altra pubblica amministrazione
- di
  - o essere iscritto all'ordine delle professione infermieristiche al n. \_\_\_\_\_  
Ovvero
  - o non essere iscritto a all'ordine delle professione infermieristiche

Allegati:

fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy e di essere consapevole che i propri dati saranno raccolti dall'ASST di Lodi per le finalità di gestione della presente manifestazione di interesse, ai sensi e per gli effetti di quanto dispone il Regolamento (UE) 2016/679.

....., li .....

Firma

.....