

ALLEGATO 1

Al Direttore f.f. UOC Gestione Personale Assistenza

PEC: asl.rieti@pec.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

NATO/A

IL

CON LA QUALIFICA DI **COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE**

DICHIARA LA PROPRIA DISPONIBILITA'
A PARTECIPARE ALL'AVVISO IN OGGETTO
PER ASSEGNAZIONE ALLA ASSISTENZA PROATTIVA INFERMIERISTICA (API)
DISTRETTUALE

- per attività prestata esclusivamente da remoto
- per attività riguardante intervento domicilio/struttura ospitalità del paziente

A tal fine, ai sensi della D.P.R. n.445/00, dichiara:

- DI ESSERE ASSEGNATO/A ATTUALMENTE PRESSO _____ DAL _____
- DI AVERE IDONEITÀ ALLA TURNAZIONE H12 _____ SI NO
- DI AVERE PATENTE DI GUIDA (TIPO B) E IDONEITÀ ALLA GUIDA DELL' AUTO _____ SI NO

Rieti,

In fede