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□ |

In fede

Rieti,