



ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani"
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

ALLEGATO "A"

Modulo adesione manifestazione di interesse PERSONALE INFERMIERISTICO (CPSI Infermiere cat D) allo svolgimento attività nell'ambito dell'emergenza CoVID 19, presso le UUOO di degenza (ordinaria e di TI), Servizi ed Ambulatori dell'INMI Spallanzani

Il/La sottoscritto/amatr n.

indirizzo e-mailcellulare.....

in servizio presso.....

con articolazione oraria ☐ su 5 giorni ☐ su 6 giorni

☐ turno unico dalle ore alle ore

☐ H 12 dalle ore alle ore e dalle ore alle ore

☐ H 24

CHIEDE

di poter partecipare alla manifestazione di interesse su citata in attività extra oraria, in regime di prestazione/orario aggiuntivo.

Data

Firma leggibile

.....