



**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/a .....matr n. ....

indirizzo e-mail .....cellulare.....

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**

.....