

U.O.C. D.I.T.R.A.R.
Direzione Infermieristica, Tecnica,
Riabilitativa, Assistenza e Ricerca

AVVISO INTERNO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
allo svolgimento della propria attività presso

LA UOC RADIOLOGIA E UOSD RADIOLOGIA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO

REQUISITI

Il presente avviso è rivolto al:

- **PERSONALE DIPENDENTE IFO con rapporto di lavoro a tempo pieno ed indeterminato:**
- **QUALIFICA: infermiere - Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari**

Le istanze di partecipazione dovranno essere:

- **redatte su apposito modulo allegato al presente avviso, datate e firmate in calce;**
- **trasmesse in formato PDF unitamente al proprio curriculum vitae e studiorium in formato europeo, aggiornato, datato ed autocertificato ai sensi della normativa vigente,**

al seguente indirizzo mail: ditrar@ifo.it – a pena di esclusione – entro il 05.12.2024

E' previsto un colloquio conoscitivo e motivazionale.

Il presente avviso, del quale viene data adeguata informativa alla OO.SS., è disponibile sul sito aziendale www.ifo.it – Amministrazione Trasparente – Bandi di Concorso – Avvisi per il personale IFO Anno 2024.

Il Direttore UOC DITRAR
Dr. Fabrizio Petrone


Dirigente Professioni
Sanitarie Area Tecnica
UOC DITRAR-IFO

ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

**AVVISO INTERNO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE
ALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' presso la**

LA UOC RADIOLOGIA E UOSD RADIOLOGIA AD INDIRIZZO DERMATOLOGICO

*RIVOLTO AL PERSONALE DIPENDENTE IFO con rapporto di lavoro a tempo pieno,
indeterminato, qualifica di:*

INFERMIERE - AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI

Il /La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Provincia ____) il ____/____/____

attualmente in servizio presso _____

FORMULA ISTANZA DI PARTECIPAZIONE

all'Avviso Interno relativo alla Manifestazione di Interesse per svolgimento attività presso
la **UOC Radiologia e UOSD Radiologia ad Indirizzo Dermatologico**
(scadenza termini presentazione istanze 05.12.2024)

Eventuali prescrizioni e/o limitazioni espresse dal Medico Competente:

Data ____/____/____

FIRMA DEL/DELLA DIPENDENTE
