

Nome Cognome

Indirizzo

Cap Città

Alla c.a.

SANITASERVICE ASL FG SRL

Responsabile del Servizio

Giovanni Petta

Sede

Oggetto: Comunicazione disponibilità a svolgere temporaneamente la mansione di autista-soccorritore.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ e residente

a _____, in servizio presso la postazione

di _____ dal _____, in qualità di soccorritore

COMUNICA

La propria disponibilità a svolgere temporaneamente (vedi art. 15 del CCNL AIOP – Case di Cura – Personale Non Medico), la mansione di autista-soccorritore.

Allegati

- Curriculum Vitae
- Documento di identità

Data

Firma del dipendente
