

FAC-SIMILE DELLA DOMANDA PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

Al Direttore UOC/UOSD _____
Al Coordinatore UOC/UOSD _____

OGGETTO: Avviso per manifestazione di interesse per la partecipazione allo svolgimento di "PRESTAZIONI AGGIUNTIVE" riservato al personale dell'Area Dei Professionisti Della Salute e Dei Funzionari – Infermiere dipendente dell'AORN "San Pio di Benevento – periodo Dicembre 2024.

Il/la SOTTOSCRITT__ COGNOME _____ NOME _____
NAT ____ A _____ IL _____ MATR. _____
RESIDENTE IN _____ VIA _____ N. _____
CAP _____ CELL _____ IN SERVIZIO PRESSO UOC/UOS _____
Presidio _____ DAL _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso per manifestazione di interesse "prestazioni aggiuntive" riservato al personale dell'Area Dei Professionisti Della Salute e Dei Funzionari – Infermiere presso le UOC/UOSD del Presidio Ospedaliero "G. Rummo" dell'AORN "San Pio"

Benevento, _____ Firma _____

**AZIENDA OSPEDALIERA
SAN PIO**

Via dell'Angelo, 1- Benevento C.F. 01009760628

Presidio Ospedaliero "Gaetano Rummo"
Via dell'Angelo, 1 – 82100 Benevento
Tel. 0824 57111

Presidio Ospedaliero "Sant'Alfonso Maria dei Liguori"
Contrada San Pietro – 82019 Sant'Agata dei Goti
Tel. 0823 313111