

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE RIVOLTA AL PERSONALE
INFERMIERISTICO PER ABBATTIMENTO LISTE DI ATTESA COVID ATTIVITA'
CHIRURGICA BLOCCHI OPERATORI AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST**

SCHEMA DOMANDA

...I...sottoscritt.... cognome nome nato/a
a il residente a
..... via/piazza n... Città.....
c.a.p..... Tel..... email
C.F. qualifica in servizio presso
ambito/setting/settore/servizio.....

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse riservata al personale Infermieristico dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest

A tal fine dichiara di esprimere la propria scelta di effettuare il turno presso i seguenti ambiti (possono essere indicate più preferenze ed anche al di fuori del Presidio Ospedaliero dove attualmente viene svolta la propria attività istituzione) e di indicare la competenza rispetto alle specialistiche chirurgiche indicate:

<input type="checkbox"/> VERSILIA <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale <input type="checkbox"/> Senologia	<input type="checkbox"/> CECINA <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Oculistica <input type="checkbox"/> Ortopedia
<input type="checkbox"/> CASTELNUOVO <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> PONTERA <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale <input type="checkbox"/> Ortopedia
<input type="checkbox"/> LUCCA <input type="checkbox"/> Ginecologia <input type="checkbox"/> Oculistica <input type="checkbox"/> Urologia <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> VOLTERRA <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale
<input type="checkbox"/> MASSA <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale <input type="checkbox"/> Chirurgia Vascolare <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> PIOMBINO <input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria <input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> CARRARA <input type="checkbox"/> Ortopedia	<input type="checkbox"/> PONTREMOLI <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale <input type="checkbox"/> Urologia
<input type="checkbox"/> FIVIZZANO <input type="checkbox"/> Chirurgia Generale	

Per ogni necessaria comunicazione:

indirizzo di posta elettronica: _____

telefono _____ cell. _____

Data.....

In fede.....



*Dipartimento
delle Professioni
Infermieristiche ed
Ostetrica*

*Direttore
Dr. Mirco Gregorini*

*Segreteria
Tel. 0586 223783
dip.inf.ost@uslnordovest.toscana.it*