



**DICHIARAZIONE
ACCETTAZIONE ASSUNZIONE**

Al Commissario
Azienda Sanitaria Locale VC
Corso Mario Abbiate n. 21
Vercelli

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____ residente a _____

Indirizzo di posta elettronica (e-mail) _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

dichiara di accettare l'assunzione in qualità di _____

a tempo indeterminato

a tempo determinato a decorrere dal _____

presso l'Azienda Sanitaria Locale VC di Vercelli sede di _____

di cui alla lettera prot. n. _____ del _____

Firma _____

Vercelli _____

Stesura: S.C. Amministr. Personale-Settore Trattamento Giuridico - 31/10/2011	Verifica: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Resp. S.C. Amministr. Personale 31/10/2011	Autorizzazione: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Resp. S.C. Amministr. Personale 15/11/11	Emissione: Dr.ssa Maria Lista Dirig. Resp. S.C. Amministr. Personale 15/11/11
QUESTO DOCUMENTO È DI PROPRIETÀ DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE VC DI VERCELLI E NON PUÒ ESSERE USATO, RIPRODOTTO O RESO NOTO A TERZI SENZA AUTORIZZAZIONE.			