

Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
 assistenzaprimaria@pec.aslsalerno.it

DOMANDA DI MOBILITA' INTRAZIENDALE

ai sensi dell'art. 20 co. 1 dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale

Riservata ai agli Specialisti ambulatoriali, Veterinari e Professionisti
 titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno
 con un'anzianità di almeno 18 mesi nella sede di provenienza
 maturata entro il 31 gennaio dell'anno in corso

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
 nato/a a _____ (prov. _____)
 il _____ Codice Fiscale _____
 e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
 al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
 PEC _____
 e-mail _____
 Cellulare _____ Telefono fisso _____
 laureato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____
 specializzato/a in _____ il ____ / ____ / ____
 con voto _____ presso l'Università di _____
 titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di:

 con anzianità di incarico ____ / ____ / ____ per un totale di n° ____ ore settimanali presso:

in applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica ambulatoriale

CHIEDE

il trasferimento intraziendale del/i seguente/i turno/i svolto/i:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

di cui è titolare a far data dal _____ / _____ / _____

presso _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

di cui è titolare a far data dal _____ / _____ / _____

presso _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

di cui è titolare a far data dal _____ / _____ / _____

presso _____

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e smi e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e smi.

Si allega copia della _____ n° _____

rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)