

DOMANDA MOBILITA' VOLONTARIA INTRAZIENDALE

Art. 30 comma 6 A.C.N. SPECIALISTICA AMBULATORIALE INTERNA 31/03/2020
consolidato e disposizioni regionali di riferimento.

AL COMITATO ZONALE DI LECCE

Pec : personaleconvenzionato@pec.asl.lecce.it
Email: specialisticainterna.convenzioni@asl.lecce.it

SEDE

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____
sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i.

Dichiara:

-di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di _____
a far data dal _____ con delibera n. _____ del _____

-di essere nato/a _____ il _____ a _____

-di essersi laureato/a _____ il _____ presso _____

-di avere anzianità d'incarico **di almeno 18 mesi** per i seguenti incarichi:

che intende mobilitare presso i seguenti distretti e/o dipartimenti o altro nell'ordine menzionato:

Allega alla presente domanda copia di documento di riconoscimento in corso di validità.

(luogo e data) _____

FIRMA

Il sottoscritto chiede, infine, che ogni comunicazione relativa alla presente domanda venga effettuata al seguente indirizzo mail pec:

Il sottoscritto dichiara, fin d'ora di accettare senza alcuna riserva tutte le condizioni fissate dall'ACN del 31/03/2020 che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie, del quale ha integrale conoscenza, e di chiara, ai sensi dell'art.76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità, consapevole della responsabilità pena le a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti falsi, che quanto riportato nella presente istanza risponde a verità .

(luogo e data)

(firma)