

**FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE MOBILITA' INTERAZIENDALE  
DA INVIARE A MEZZO PEC DAL 01/01/2025 AL 31/01/2025**

Pec: ASL FG – U.O. PERSONALE CONVENZIONATO  
comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

Pec: ASL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: DOMANDA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERAZIENDALE PER L'ANNO 2025, , art. 20 comma 1  
A.C.N. 04.04.2024 e ART. 17 A.I.R. Specialistica Ambulatoriale del 14.11.2022 pubblicato sul BURP n. 137  
suppl. del 22.12.2022

Il/La sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_

(obbligatorio ai sensi e per gli effetti della Legge n. 2/2009 e della successiva Legge n.221/2012)  
sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle norme di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s. m. ed i. dichiara:

di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_

con anzianità dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (obbligatorio)  
giorno mese anno

di voler effettuare la mobilità volontaria interaziendale verso i seguenti Poliambulatori :  
( specificare le sedi che si intendono ricoprire)

1. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_ ore \_\_\_\_\_

e di voler rinunciare per mobilità alle sottoelencate sedi:

1. ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_ anzianità dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

2. ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_ anzianità dal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

3. ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_ anzianità dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (obbligatorio)

4. ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_ anzianità dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (obbligatorio)

5. ASL \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Ore \_\_\_\_\_ anzianità dal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (obbligatorio)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_  
sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle norme di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

#### D I C H I A R A

di essere /non essere personalmente titolare dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992  
(barrare l'ipotesi non ricorrente)

di essere /non essere stato riconosciuto "Portatore di handicap in situazione di gravità" dalla Commissione Medica per l'accertamento dell'handicap di \_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_

(il requisito dell'anzianità d'incarico di almeno 18 mesi non è richiesto a Agli specialisti personalmente portatori di disabilità grave e personalmente titolari dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992)

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

in fede

Allegati: documento d'identità personale