

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

ASL FG – U.O. PERSONALE CONVENZIONATO

Pec: u.o.convenzioni@mailcert.aslfg.it

OGGETTO: DOMANDA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTRAZIENDALE 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 intraziendale 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 alle sottoelencate sedi:

1. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
2. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
3. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
4. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
5. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
6. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
7. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
8. _____ anzianità dal _____ / _____ / _____ (obbligatorio)
9. _____ 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 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