

**DOMANDA DI MOBILITA' PER TURNI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PUBBLICATI IL _____**

Alla A.S.P. di Palermo
Comitato Zonale
Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO

PEC: comitatozonale1.pec@asppa.it

OGGETTO: Assegnazione turni di Mobilità Accordo Collettivo Nazionale (A.C.N.) per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali del 31/03/2020

Il sottoscritto Dott. _____

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA | <input type="checkbox"/> VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO | <input type="checkbox"/> CHIMICO |

comunica la propria disponibilità di acquisizione dell'incarico sotto riportato:

da svolgersi presso il Distretto/Presidio _____ per n. _____ ore settimanali dell'ASP di PALERMO, come da avviso mobilità del mese di _____ del 20__

branca specialistica/area professionale _____ e a tal fine

chiede

- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____
- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____
- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____ e inoltre

DICHIARA

(ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 28/12/ 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

1. di essere nato a _____ il _____;
2. di essere residente in Via _____ n. _____ CAP _____
Città _____ (prov. di _____);
3. di aver conseguito la Specializzazione in _____ presso la Facoltà di _____ dell'Università degli Studi di _____ in data _____;

4. di essere titolare a tempo indeterminato presso codesta ASP Palermo di complessive n_____ ore settimanali branca di _____ con anzianità di incarico _____;
5. di essere titolare a tempo indeterminato, da piu di 18 mesi e precisamente dal _____, presso il Distretto/Presidio _____, dal quale chiede lo spostamento del turno di n_____ ore settimanali
- di essere titolare a tempo indeterminato, da piu di 18 mesi e precisamente dal _____, presso il Distretto/Presidio _____, dal quale chiede lo spostamento del turno di n_____ ore settimanali
- di essere titolare a tempo indeterminato, da piu di 18 mesi e precisamente dal _____, presso il Distretto/Presidio _____, dal quale chiede lo spostamento del turno di n_____ ore settimanali
6. che i propri recapiti sono i seguenti:
- Residente a _____ (prov. di _____) in Via _____
n. _____ CAP _____ Telefono _____ cellulare _____
email _____ PEC (*obbligatoria*): _____
- Eventuale indirizzo diverso dalla residenza presso il quale si vuole ricevere ogni comunicazione:
- _____
- _____

Dichiara di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., che i dati personali i forniti con la presente istanza saranno trattati, anche informaticamente, esclusivamente per l'espletamento dell'Avviso di pubblicazione dei turni vacanti, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

DATA: _____

Firma (per esteso): _____