

AI COMMISSARIO STRAORDINARIO
dell'Azienda Sanitaria Provinciale
c/o Dipartimento Risorse Umane
Sviluppo Organizzativo AA.GG.

Oggetto: Procedura di ricognizione mobilità intra-aziendale.

Il/La sottoscritto/a , nato/a (prov.) il
..... residente in (prov.) vi-
a/piazza..... n°, C.A.P....., tel
....., cell. e-mail

con riferimento all'Avviso di ricognizione finalizzato alla mobilità intra-aziendale del profilo della Dirigenza Medica e Veterinaria del
_____ manifesta la disponibilità al riguardo.

A tal fine il/la sottoscritto/a dichiara, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del
D.P.R. 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

- di essere dipendente di ruolo a tempo indeterminato dell'ASP di Palermo (matr.:) nel profilo di Dirigente:
..... (indicare il profilo di appartenenza);
- di essere in servizio presso (indicare il Dipartimento/Distretto/P.O./U.O. di staff)
..... nella U.O.;
- di essere / di non essere (segnare la casella che interessa) in possesso dei requisiti di cui alla L.104/92 già riconosciuti dall'Azienda;
- di avere superato il biennio di permanenza presso la sede di attuale assegnazione;
- di chiedere in sede ricognitiva di mobilità, per il proprio profilo di appartenenza, ove si rendesse disponibile, la seguente sede:

macrostruttura	ambito territoriale/ospedale

Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.,
per gli adempimenti connessi alla presente procedura di ricognizione della mobilità.
Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data

.....
(firma per esteso)