

Alla ASL

Ufficio

Via, CAP e città

PEC:

(Per le domande di mobilità interaziendale, completare anche l'indirizzo seguente)

ASL

Ufficio

Via, CAP e città

PEC:

OGGETTO : DOMANDA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTRAZIENDALE

E/O INTERAZIENDALE PER L'ANNO

(art. 30, comma 6, ACN 31/03/2020 e s.m.i. – art. 17, commi 1 e 2,
AIR Puglia recepito con D.G.R. 21/11/2022, n.1618)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ ,

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 titolare dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992 (barrare l'ipotesi non ricorrente)
- di voler mobilitare il/i seguente/i incarico/chi a tempo indeterminato, di cui è titolare attualmente nella branca di _____ e nel/i quale/i ha un'anzianità d'incarico di almeno 18 mesi (il requisito dell'anzianità d'incarico di almeno 18 mesi non è richiesto ai titolari dei benefici di cui all'art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992):
 - n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____

- n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____
 - n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____
 - n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____
 - n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____
 - n. _____ ore settimanali presso _____ ,
a far data dal _____ , con delibera ASL _____ del _____
- di essere nato/a il _____ a _____
 - di essersi laureato in _____ presso
l'Università di _____ in data _____
 - di voler ottenere la mobilità intraaziendale e/o interaziendale presso i seguenti
Distretti e/o Dipartimenti e/o altre strutture, secondo l'ordine di preferenza
appresso menzionato:
 - 1) _____ della ASL _____
 - 2) _____ della ASL _____
 - 3) _____ della ASL _____
 - 4) _____ della ASL _____
 - 5) _____ della ASL _____
 - 6) _____ della ASL _____
 - di voler ricevere ogni comunicazione relativa alla presente domanda presso il
seguente indirizzo mail pec: _____
(indicazione obbligatoria ai sensi e per gli effetti della Legge n. 2/2009 e della
successiva Legge n. 221/2012).

Il/La sottoscritto/a allega alla presente domanda copia integrale di un documento di riconoscimento in corso di validità.

(luogo e data)

(firma)