

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)