

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

Alla A.S.P. di Palermo
UOC Specialistica ambulatoriale Interna ed Esterna
Via La Loggia, 5
90129 PALERMO
PEC: specialisticainternacp.pec@asppa.it

OGGETTO: Assegnazione turni di Mobilità Intraaziendale - 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 20/05/21.

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__

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

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 _____
Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____
Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____
Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ e inoltre
- lo spostamento di n. _____ ore settimanali dal Distretto /Presidio _____ presso il quale è titolare di n. _____ ore settimanali con anzianità di incarico _____
Giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ 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 più 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 più 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 più 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 più di 18 mesi e precisamente dal _____, presso il
Distretto/Presidio _____, dal quale chiede lo spostamento del turno di n. _____ ore settimanali
6. di essere stato valutato idoneo da parte della Commissione Tecnica Aziendale all'esecuzione delle competenze
_____ ovvero di esercitare presso presidi dell'ASP Palermo i compiti e
le funzioni correlati al possesso delle competenze _____ (da
compilare solo nel caso di turni per i quali è richiesto il possesso di particolari capacità
professionali/competenze);
7. 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 mobilità, per le strette finalità espresse nello stesso avviso.

Allega fotocopia del documento di riconoscimento.

DATA: _____

Firma (per esteso): _____