

ISTANZA DI MOBILITÀ INTRA AZIENDALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

PEC: graduatorecureprimarie.pec@asppa.it entro il **13/02/2024**

AL DIRETTORE
DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

ASP PALERMO

__L__ sottoscritt__ Dr. _____

Nat__ a _____ prov. _____ il _____

Residente in _____ Via _____ N° _____

Tel: _____ Email: _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria dei medici interessati alla mobilità intra-aziendale, nei presidi di Continuità Assistenziale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

A tal fine sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- Di essere Medico Titolare di Continuità Assistenziale presso il presidio di _____
_____ Distretto N° _____ dal _____
- Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____
con la seguente votazione _____
- Di non trovarsi in condizioni di incompatibilità con l'eventuale conferimento dell'incarico

Palermo li, _____

FIRMA

Confermo di essere a conoscenza che la **convocazione** per l'assegnazione dei posti per mobilità intraaziendale avrà luogo il **20/02/2024 alle ore 9.00** nei locali dell'ufficio per la Continuità Assistenziale, sito in via Pindemonte, 88 – Palermo, pad. 38, 1° piano, munito/a di copia di documento di identità in corso di validità e dell'atto notorio.

Firma (per presa visione della data di convocazione)

N.B. La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazioni false o mendaci.