ISTANZA DI MOBILITÀ INTRAAZIENDALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

PEC: continuitaassistenziale.pec@asppa.it entro il 25/02/2022

AL DIRETTORE DELL'U.O.C.
CURE PRIMARIE
VIA PINDEMONTE, 88
PALERMO

__L__ sottoscritt__ Dr._____

Nat__ _____ **prov.**_____ **il** _____

Residente in _____ **Via** _____ **N°** ____.

Medico Titolare di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo in servizio attualmente nel Presidio di Guardia Medica di:

_____ Distretto N°_____ di _____ dal _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria dei medici interessati alla mobilità in ambito provinciale, nei presidi di Continuità Assistenziale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

A tal fine sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

• di avere anzianità di servizio complessiva in qualità di titolare presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, al netto di tutti gli eventuali periodi di sospensione dal_____/_____/_____;

di avere / non avere usufruito dei sotto elencati periodi di sospensione
(cancellare la voce che non interessa)

dal _____ al _____ per gg. _____ per _____
dal _____ al _____ per gg. _____ per _____
dal _____ al _____ per gg. _____ per _____

• di essere laureato in Medicina e Chirurgia dal _____con il voto _____.

• Di usufruire della L.104/92 SI NO

Palermo li,_____

FIRMA

_____

Confermo di essere a conoscenza che la **convocazione** per l'assegnazione dei posti per mobilità intraaziendale avrà luogo il 28/02/2022 alle ore 10:00 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.

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.