

**DOMANDA DI MOBILITA' PER TURNI SPECIALISTICA AMBULATORIALE
PUBBLICATI IL 03/10/2024-**

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 - ai sensi dell'art. 20 del vigente ACN per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari e altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi) ambulatoriali e in ottemperanza alla deliberazione del Tavolo Tecnico di Contrattazione Aziendale per la Specialistica Ambulatoriale Interna, di cui al Verbale 1 del 06/06/2024

Il sottoscritto Dott.

- MEDICO SPECIALISTA** **ODONTOIATRA** **VETERINARIO**
 BIOLOGO **PSICOLOGO** **CHIMICO**
PSICOTERAPEUTA

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 dal
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 dal
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 dal
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 dal
Giorno dalle ore alle ore ed 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 dal ;
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.) 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) _____