

## DOMANDA DI MOBILITA' PER TURNI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2025

Alla A.S.P. di Palermo  
UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna  
PEC: [specialisticainternacp.pec@asppa.it](mailto:specialisticainternacp.pec@asppa.it)

**OGGETTO: Domanda di partecipazione al bando di mobilità anno 2025 per Specialisti Ambulatoriali Interni, Veterinari e Professionisti, ai sensi dell'art. 20 dell'ACN vigente del 04/04/2024.**

Il sottoscritto Dott.

- |                                             |                                                      |                                      |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA | <input type="checkbox"/> ODONTOIATRA                 | <input type="checkbox"/> VETERINARIO |
| <input type="checkbox"/> BIOLOGO            | <input type="checkbox"/> PSICOLOGO<br>PSICOTERAPEUTA | <input type="checkbox"/> CHIMICO     |

chiede di essere ammesso al bando di mobilità per l'anno 2025.

A tal fine sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle norme di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m. ed i.

### Dichiara

- di essere nato/a a  il  C.F.

- di risiedere nel Comune di  CAP

in via , n°

- recapito Telefonico n.

- indirizzo PEC (Obbligatorio)

- di aver conseguito la Specializzazione in  presso la Facoltà di

dell'Università degli Studi di  in data

;

- di essere titolare a tempo indeterminato presso codesta ASP di Palermo di complessive n.  ore settimanali per la branca di  con anzianità di incarico dal ;
- di essere titolare a tempo indeterminato da più di 18 mesi e precisamente dal , presso il Distretto/Presidio/ASP  del turno di n.  ore settimanali, dal quale intende spostarsi;
- di essere titolare a tempo indeterminato da più di 18 mesi e precisamente dal , presso il Distretto/Presidio/ASP  del turno di n.  ore settimanali, dal quale intende spostarsi;
- di essere titolare a tempo indeterminato da più di 18 mesi e precisamente dal , presso il Distretto/Presidio/ASP  del turno di n.  ore settimanali, dal quale intende spostarsi;
- 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)*;
- 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 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.

### Chiede

- di voler effettuare la mobilità verso le seguenti sedi (specificare le sedi che si intendono ricoprire):

1. sede di

2. sede di

3. sede di

- di volere accentrare incarico/incarichi espletato/i presso la/e Azienda/e di  nell'ASP di Palermo (art. 20 comma 3 ACN 04/04/2024);

Allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data:

Firma (per esteso) \_\_\_\_\_