

DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA

per la copertura delle postazioni di Continuità assistenziale
carenti nell'Azienda Usl Toscana nord ovest - anno 2024

Oggetto: **MOBCA2024**

tramite PEC

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. ACQUISIZIONE RISORSE DA
CONVENZIONI UNICHE NAZIONALI
direzione.uslnordovest@postacert.toscana.it

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,
nato/a a.....(prov.....) il.....,
Codice Fiscale....., residente a
(prov.....), via/piazza.....n.....cap.....
laureato/a in Medicina e Chirurgia il con la votazione di
cell. e-mail
PEC
dichiarando, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, di possedere un'anzianità di servizio a tempo indeterminato quale
medico convenzionato di Assistenza primaria a rapporto orario (ex Continuità assistenziale)
dal, in servizio attualmente presso la postazione di
..... AFT,

CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LE SEGUENTI POSTAZIONI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

(INDICARE UNA O PIU' POSTAZIONI, IN ORDINE DI PREFERENZA - MASSIMO 3 – CONTRASSEGNARE CON
UNA "X" LA PRESENZA O MENO DI RICONGIUNGIMENTO):

- | | | | |
|----------|--|----|----|
| 1. _____ | ricongiungimento con Assistenza primaria a ciclo di scelta | SI | NO |
| 2. _____ | ricongiungimento con Assistenza primaria a ciclo di scelta | SI | NO |
| 3. _____ | ricongiungimento con Assistenza primaria a ciclo di scelta | SI | NO |

Allega alla presente valido **documento di identità**.

Data _____

Firma per esteso _____