

# 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](mailto: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 – CONTRASSEGNA 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 \_\_\_\_\_