

DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA

per la copertura delle postazioni di lavoro di Emergenza Sanitaria Territoriale
dichiarate carenti nell'Azienda USL Toscana Nord Ovest – Anno 2025 I° Semestre

ALL'AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
U.O.C. ACQUISIZIONE RISORSE DA CONVENZIONI UNICHE
NAZIONALI

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa.....,
nato/a a.....(Prov.....) il....., Codice Fiscale.....
Comune di residenza.....(Prov.....),
Via/Piazza.....n.....cap..... cell.
e-mailPec.....,
in servizio attualmente presso la postazione di

dichiarando di aver preso visione dell'avviso di mobilità interna per la copertura delle postazioni di lavoro di emergenza sanitaria territoriale, delle modalità di partecipazione alla procedura indetta e dei criteri individuati per la loro formazione,

CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LA SEGUENTE POSTAZIONE

A tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali nel caso di false attestazioni, di formazione e uso di atti falsi, nonché della perdita dei benefici derivanti dalle false attestazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. n.445/200),

DICHIARA

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con il voto di _____
- e di aver svolto attività convenzionata **a tempo indeterminato** di medico di Emergenza Sanitaria Territoriale, ai sensi dell'ACN per la medicina generale, presso le seguenti Asl nei periodi indicati:

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

Asl di _____ dal _____ al _____

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

Data _____

Firma per esteso _____