

**3) DOMANDA DI DISPONIBILITA' PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI
MOBILITA' INTRAZIENDALE DI CUI ALL'ART. 32 COMMA 9 ACN/2026
– ANNO 2026 –**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a il _____ a _____
residente in _____
Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____

in qualità di medico di assistenza primaria convenzionato:

- Titolare A CICLO DI SCELTA con ASL _____ dal
_____ nell'ambito di _____ nella
AFT _____ dal _____

- Titolare A RAPPORTO ORARIO con ASL _____ dal
_____ nella postazione di _____ nella
AFT _____ dal _____

Ai fini dell'inserimento nella graduatoria di mobilità intraaziendale **ai sensi
dell'articolo 32, comma 9, dell'ACN/2026:**

CHIEDE

- Di concorrere alla mobilità intraaziendale per i seguenti ambiti territoriali e AFT (in
caso di più opzioni indicarli secondo l'ordine di preferenza):
 - 1. ambito _____ AFT _____
 - 2.ambito _____ AFT _____
 - 3.ambito _____ AFT _____

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti
dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati,
anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana nord ovest,
titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____