

# DOMANDA DI MOBILITA' INTERNA

per la copertura delle postazioni di Continuità assistenziale  
eventualmente carenti nell'Azienda UsI Toscana nord ovest - anno 2022

Oggetto: **MOBCA2022**

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.....  
Comune di residenza.....(Prov.....),  
Via/Piazza.....n.....cap..... 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 Continuità assistenziale dal ....., in servizio  
attualmente presso la postazione di .....  
AFT .....,

## CHIEDE DI ESSERE TRASFERITO PRESSO LE SEGUENTI POSTAZIONI

(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 | sì | no |
| 2. _____ | ricongiungimento con Assistenza primaria | sì | no |
| 3. _____ | ricongiungimento con Assistenza primaria | sì | no |

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

Data \_\_\_\_\_

Firma per esteso \_\_\_\_\_