FAC SIMILE DOMANDA DI PARTECIPAZIONE DA INVIARE A MEZZO PEC

DAL 01/01/2024 AL 31/01/2024

 ASL FG – U.O. PERSONALE CONVENZIONATO

 Pec: comitatozonalefoggia@mailcert.aslfg.it

OGGETTO: DOMANDA DI MOBILITA’ VOLONTARIA INTRAZIENDALE PER L’ANNO 2024, art. 30 comma 6 A.C.N. 31/03/2020 s.m.i.e A.I.R. Specialistica Ambulatoriale del 14.11.2022 pubblicato sul BURP n. 137 suppl. del 22.12.2022

Il/La sottoscritt\_\_ Dr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (obbligatorio ai sensi e per gli effetti della Legge n. 2/2009 e della successiva Legge n.221/2012)

sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle norme di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s. m. ed i. dichiara:

di essere titolare a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

 giorno mese anno

di voler effettuare la mobilità volontaria intraziendale verso i seguenti Poliambulatori :

( specificare le sedi che si intendono ricoprire)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e di voler rinunciare alle sottoelencate sedi:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

9. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_anzianità dal \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_ (obbligatorio)

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, avvalendosi delle norme di cui al D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i. e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi,

D I C H I A R A

di essere /non essere personalmente titolare dei benefici di cui all’art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992

(barrare l’ipotesi non ricorrente)

di essere /non essere stato riconosciuto “Portatore di handicap in situazione di gravità” dalla Commissione Medica per l’accertamento dell’handicap di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella seduta del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(il requisito dell’anzianità d’incarico di almeno 18 mesi non è richiesto Agli specialisti personalmente portatori di disabilità grave e personalmente titolari dei benefici di cui all’art. 33, comma 3, della Legge n. 104/1992)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in fede

Allegati: documento d’identità personale