



SANITASERVICE ASL BR s.r.l.
Società Unipersonale della ASL di Brindisi

Società soggetta a direzione e coordinamento da parte
dell'ASL BR ai sensi dell'art. 2497 e ss. Codice Civile

All' Amministratore Unico
Sanitaservice Asl Br srl
P.zza Di Summa
72100 Brindisi

Brindisi, lì

Oggetto: MOBILITA' D'UFFICIO

Il/La sottoscritto/a

residente in alla via

in servizio presso

- A tempo pieno
- A tempo parziale per n. ore settimanali

con il profilo di

con la presente risponde alla richiesta di mobilità d'ufficio per il trasferimento presso
.....

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/00, nonché consapevole, secondo quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

DICHIARA

- di essere portatore di handicap in applicazione dell'articolo 21, comma 1, Legge n. 104/92;
- di appartenere alle Categorie protette ex Legge n. 68/92;
- di essere assistente di portatore di handicap grave di cui alla Legge n. 104/92;
- di essere dirigente sindacale dell'O.S. dal
- di avere figli conviventi da celibe/nubile/vedovo;
- di avere figli conviventi da coniugato;
- di avere n. ... figli conviventi di età inferiore a 3 anni;
- di avere n. ... figli conviventi di età superiore a 3 anni ed inferiore a 6 anni;
- di avere n. ... figli conviventi di età superiore a 6 anni ed inferiore a 14 anni;
- di essere in possesso di una anzianità di servizio prestato presso strutture della ASL BR, svolta con la qualifica in atto, di anni e mesi , maturata come di seguito:
 - 1) dal al, alle dipendenze della ditta, P. IVA avente sede legale in alla via n. ,



SANITASERVICE ASL BR s.r.l.
Società Unipersonale della ASL di Brindisi

Società soggetta a direzione e coordinamento da parte
dell'ASL BR ai sensi dell'art. 2497 e ss. Codice Civile

- con la mansione di presso la struttura
..... della ASL BR;
- 2) dal al, alle dipendenze della ditta, P. IVA
..... avente sede legale in alla via n. ,
con la mansione di presso la struttura
..... della ASL BR;
- 3) dal al, alle dipendenze della ditta, P. IVA
..... avente sede legale in alla via n. ,
con la mansione di presso la struttura
..... della ASL BR;

Il/La sottoscritto/a autorizza la Sanitaservice al trattamento dei dati personali forniti, finalizzato agli adempimenti connessi all'espletamento della procedura di mobilità, ai sensi della Legge 30/12/2003 n. 196.

Il/La sottoscritto/a dichiara, altresì, di essere a conoscenza che in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.

Allega documentazione inerente i punti di cui sopra e curriculum.

FIRMA