

Ill.mo DIRETTORE GENERALE
della ASL MEDIO CAMPIDANO

OGGETTO: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA MOBILITÀ INTRA-AZIENDALE, RIVOLTO AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO NELLA ASL MEDIO CAMPIDANO

Il/La sottoscritto/a, Cod. Fisc., tel....., e-mail..... PEC....., ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui s'incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del citato DPR:

DICHIARA

- di essere nat a (Prov.....) il.....;
- di essere residente in..... cap.....
via..... n°.....;

- di essere (barrare la casella che interessa):

titolare di incarico da almeno 2 anni presso la ASL MEDIO CAMPIDANO, disponibile alla mobilità intraziendale presso altro Ambito, con il seguente ordine di priorità:

1. Ambito _____

2. Ambito _____

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato come sopra specificato a partire dal/...../.....;

- di essere / non essere inserito nella Graduatoria Regionale annualità 202_ della Regione Sardegna per la Pediatri di libera scelta, nella posizione n. ____ con punteggio di _____;

- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente

indirizzo:.....

(cap.....)città.....telefono.....

email.....;

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per PER LA MOBILITÀ INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL'ACN DEL 25 luglio 2024, RIVOLTO AI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, TITOLARI DI INCARICO A TEMPO INDETERMINATO

ALLEGA:

I copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

AUTORIZZA il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data Firma