

Settore Personale Convenzionato

ISTANZA MOBILITA' INTRAZIENDALE – PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____

(Prov. ____) il ____ / ____ / ____ , Codice Fiscale _____,

Comune di residenza _____, Prov. _____,

Indirizzo _____, n. _____, CAP _____.

Telefono/Cellulare _____

PEC _____

Email _____

ai sensi e agli effetti dell'art. 47, del D.P.R. n. 445/200, e consapevole delle sanzioni penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del predetto decreto,

DICHIARA

Di essere titolare, a tempo indeterminato del seguente incarico di **Pedistria di Libera Scelta**:

- **AMBITO TERRITORIALE** _____

- **DISTRETTO** _____

- **DECORRENZA** _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 30, comma 6, dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 25/07/2024

La mobilità intraziendale presso:

- **AMBITO TERRITORIALE** _____

- **DISTRETTO** _____

Il sottoscritto autorizza l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud al trattamento dei propri dati personali, compresi i dati sensibili, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.Lgs. 101/2018 di recepimento del Regolamento UE 2016/679.

Data e Luogo

Firma per esteso

_____/_____/_____, _____
