

*Al DIRETTORE GENERALE*

*ASL 2 GALLURA*

[***protocollo@pec.aslgallura.it***](mailto:protocollo@pec.aslgallura.it)

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MOBILITA’ INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL’ACN DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DEL 25 LUGLIO 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DA ALMENO 2 ANNI NELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL 2 GALLURA**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_

NOME COGNOME

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODICE FISCALE TELEFONO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL PEC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle

sanzioni penali in cui si 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 risiedere a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_;

■ di essere titolare (barrare la casella che interessa):

● titolare di incarico di pediatria di libera scelta da almeno 2 anni presso l’Azienda Sanitaria Locale n.2 Gallura Ambito \_\_\_\_\_, e disponibile alla mobilità intra-aziendale, nei seguenti ambiti individuati

come carenti con Deliberazione DG n.\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_ con il seguente ordine di priorità:

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

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

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

■ di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il

seguente indirizzo:

VIA CAP

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CITTA’ PROV

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO EMAIL

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla manifestazione di interesse per **LA MOBILITA’ INTRA-AZIENDALE AI SENSI DELL’ACN DEL 25 LUGLIO 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DA ALMENO 2 ANNI DI INCARICO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL 2 GALLURA**

ALLEGA:

■ 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_