

AL DIRETTORE DELL'U.O.C.
PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE
DELLE ATTIVITÀ DI CURE PRIMARIE
VIA PINDEMONTI, 88
PALERMO

L. sottoscritt. Dr. _____

Nat. _____ il _____ prov. _____

Residente in Via _____ N° _____

Medico Titolare di Continuità Assistenziale presso codesta Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo in servizio attualmente nel Presidio di Guardia Medica di:

Distretto N° _____ di _____ dal _____

CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria dei medici interessati alla mobilità in ambito provinciale, nei presidi di Continuità Assistenziale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

A tal fine sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

• di avere anzianità di servizio complessiva in qualità di titolare presso l'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, al netto di tutti gli eventuali periodi di sospensione dal _____ / _____

di avere / non avere usufruito dei sotto elencati periodi di sospensione
(cancellare la voce che non interessa)

_____ dal _____	al _____	per gg. _____
_____ dal _____	al _____	per gg. _____
_____ dal _____	al _____	per gg. _____

• di essere laureato in Medicina e Chirurgia dal _____ con il voto _____

• Di usufruire della L. 104/92 SI _____ NO _____

Palermo li, _____

FIRMA _____

Confermo di essere a conoscenza che la **convocazione** per l'assegnazione dei posti per mobilità intraziendale avrà luogo il **22/02/2021 alle ore 9.30** nei locali dell'ufficio per la Continuità Assistenziale, sito in via Pindemonte, 88 – Palermo, pad. 38, 1° piano, munito/a di copia di documento di identità in corso di validità.

Firma (per presa visione della data di convocazione)