

# ISTANZA DI MOBILITÀ INTRA AZIENDALE DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

PEC: [continuitaassistenziale.pec@asppa.it](mailto:continuitaassistenziale.pec@asppa.it) entro il 14/02/2023

AL DIRETTORE DELL'U.O.C. CURE PRIMARIE

ASP PALERMO

\_\_L\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## CHIEDE

di essere inserito nella graduatoria dei medici interessati alla mobilità intra-aziendale, nei presidi di Continuità Assistenziale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.

A tal fine sotto la propria responsabilità:

## DICHIARA

- Di essere Medico Titolare di Continuità Assistenziale presso il presidio di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Distretto N° \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_  
con la seguente votazione \_\_\_\_\_
- Di non trovarsi in condizioni di incompatibilità con l'eventuale conferimento dell'incarico

Palermo li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Confermo di essere a conoscenza che la **convocazione** per l'assegnazione dei posti per mobilità intraaziendale avrà luogo il **20/02/2021 alle ore 9.00** 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 e dell'atto notorio.

Firma (per presa visione della data di convocazione)

\_\_\_\_\_

N.B. La presente dichiarazione è resa ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n° 445 nella consapevolezza delle sanzioni penali cui si incorre in caso di dichiarazioni false o mendaci.