[comitatospecialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it](mailto:comitatospecialisticambulatoriale@pec.aslbenevento.it)

SPETT/LE ASL BENEVENTO

OGGETTO: Richiesta di trasferimento (ex art. 30) – accorpamento (ex art. 20) - incremento orario (ex art. 20) come previsto dall’ACN 31/03/2020 e dall'art. 17 dell'AIR 7.12.2020

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te. Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.E.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con riferimento alle ore pubblicate sul portale della ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere specialista ambulatoriale a tempo indeterminato nella branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_ ore presso codesta Azienda:

DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ ore

DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ ore

DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ ore

P.O. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_ ore

e/o presso

- ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_

- ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_

- ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_

-Azienda Ospedaliera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_\_

- INAIL \_\_\_\_\_\_\_ per complessive ore \_\_\_\_\_\_\_\_

- SASN per complessive ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Ministeri ecc. per complessive ore \_\_\_\_\_\_\_\_

di avere un’anzianità di incarico a far data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità)

**CHIEDE**

- la mobilità all’interno dell’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_, per le ore da assegnare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con contestuale rinuncia a n. \_\_\_\_\_\_\_ ore presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (art. 30, comma 1);

- il completamento orario presso l’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore da assegnare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(art. 20, comma 1) con contestuale rinuncia a n. \_\_\_\_\_\_ore presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- il completamento orario presso l’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_\_\_\_ore da assegnare presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (art. 20, comma 1).

Consapevole delle responsabilità, anche di natura penale, cui va incontro chi sottoscrive dichiarazioni false o mendaci, anche parzialmente (art. 76 DPR 445/2000)

**DICHIARA**

che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In fede