

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