

SPETT/LE ASL BENEVENTO

OGGETTO: **Avviso di mobilità intraziendale, completamento orario e accentramento orario – ASL BN** relativo alla mobilità (ex art.20 c.1 ACN 2024) di incarichi di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato, al completamento orario (ex art. 20 c.2 ACN 2024) o accentramento orario (ex art.20 c.3 ACN 2024)

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

Ai sensi e per gli effetti deli artt.46 e 47 D.P.R. n.445/00 e ss.mm.ii.

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

DS _____ per n° ore settimanali _____
DS _____ per n° ore settimanali _____
DS _____ per n° ore settimanali _____
DS _____ per n° ore settimanali _____

e/o presso

ASL _____ DS _____ per n° ore settimanali _____
ASL _____ DS _____ per n° ore settimanali _____
ASL _____ DS _____ per n° ore settimanali _____
-Azienda Ospedaliera _____ per n° ore settimanali _____
- 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. 20, comma 1);

- il completamento orario presso l'ASL _____ per n. _____ ore da assegnare presso _____
(art. 20, comma 2) con contestuale rinuncia a n. _____ ore presso _____

- l'accentramento orario presso l'ASL _____ per n. _____ ore da assegnare presso _____
(art. 20, comma 3).

DICHIARA

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

In fede