



**SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE ORISTANO**

*AL DIRETTORE GENERALE
ASL ORISTANO
protocollo@pec.asloristano.it*

**AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER IL PASSAGGIO A RUOLO UNICO PER APS E APO TITOLARI,
E CONTESTUALE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA MOBILITA' INTRA-AZIENDALE, AI SENSI
DELL'ACN VIGENTE DEL TRIENNIO 2022-2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI MEDICINA
GENERALE**

IL/LA SOTTOSCRITTO__

NOME COGNOME _____

CODICE FISCALE _____ TELEFONO _____

EMAIL _____ PEC _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall'art.76 del citato DPR:

DICHIARA

- di essere nat__ a _____ (Prov____) il __/__/____
- di risiedere a _____ (Prov____) CAP _____
in via _____ n. ____
- di essere titolare (barrare la casella che interessa):
 - titolare di incarico di Medicina Generale da almeno 2 anni presso l'Azienda Sanitaria Locale n.5 di Oristano, nell' Ambito _____
 - a Ciclo Orario
 - a ciclo di scelta ,
- di essere interessato alla mobilità intra-aziendale, nei seguenti ambiti individuati come carenti con Deliberazione DG n. _____ del _____ con il seguente ordine di priorità:
 - 1. Ambito _____
 - 2. Ambito _____
 - 3. Ambito _____

- di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:

VIA _____ N° _____ CAP _____

CITTA' _____ PROV _____ TELEFONO _____

EMAIL _____ PEC _____

CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per **PER IL PASSAGGIO A RUOLO UNICO PER APS E APO TITOLARI, E CONTESTUALE MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER LA MOBILITA' INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL'ACN VIGENTE DEL TRIENNIO 2022-2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI MEDICINA GENERALE**

ALLEGA:

- copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità;

AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data ____/____/____ Firma _____