

AVVISO DI MOBILITÀ INTERNA AZIENDALE
MEDICI A RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA
EX CONTINUITA' ASSISTENZIALE

All'Azienda U.S.L. Umbria 2
Direzione Amministrazione Medicina
Convenzionata Territoriale Specialistica
Via D. Bramante,37
05100 Terni

PEC: aslumbria2@postacert.umbria.it

Il/La sottoscritto/a Dr. _____ nato/a _____ Prov.(____)
il ____/____/____ Cod. Fiscale _____
Comune di residenza _____ Prov.(____)
indirizzo _____ n _____ CAP _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____ PEC _____

CHIEDE

di essere ammesso di essere ammesso alla procedura di mobilità interna aziendale per il seguente ambito:

- ☐ Distretto di Terni
- ☐ Distretto di Narni/Amelia
- ☐ Distretto di Orvieto
- ☐ Distretto di Foligno
- ☐ Distretto di Spoleto
- ☐ Distretto della Valnerina

pubblicato sul sito internet aziendale (www.uslumbria2.it) nella Sezione "Albo Pretorio" e nella Sezione "Concorsi".

A tal fine, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni previste in caso di dichiarazioni non veritiere dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

di incarico a tempo indeterminato ovvero temporaneo (per i medici di cui all'articolo 9, comma 1, del D.L. 14 dicembre 2018, n. 135 convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 febbraio 2019, n. 12 o a quelli di cui all'articolo 12, comma 3, del D.L. 30 aprile 2019, n. 35 convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60), per il Ruolo Unico di Assistenza Primaria ad attività oraria convenzionato con l'Azienda USL Umbria 2, con sede di lavoro presso _____

Data _____

Firma _____
(non soggetta ad autenticazione)

N.B.: Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità