



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

OGGETTO: Domanda di partecipazione alla mobilità aziendale nei Presidi di Continuità Assistenziale Anno 2022

I _____ sottoscritt _____ Dott. _____
nat_ a _____ () il ____ / ____ / ____
residente in _____ () alla via _____ n. _____

CHIEDE

di partecipare alla mobilità aziendale riservata ai medici titolari di C.A. relativamente alle sedi di seguito indicate secondo l'ordine di preferenze:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

A tal scopo l_ scrivente dichiara:

1. di essere Titolare di C.A. presso il D.S. di _____ Comune di _____ dal _____
2. di aver conseguito la laurea il _____ presso l'Università degli Studi di _____ riportando il seguente voto _____
3. di non trovarsi in posizione di incompatibilità per il conferimento dell'incarico in questione
4. che i dati riportati nel suddetto prospetto sono corrispondenti al vero e di essere consapevole delle responsabilità penali derivanti da dichiarazioni mendaci e da falsità negli atti, così come previsto dall'art. 26 della Legge n. 15 del 04/01/1968 e ss.mm.ii.. Si impegna, altresì, con la presente a comunicare ogni eventuale variazione inerente la propria posizione di compatibilità.

I_ sottoscritt _____ comunica che il recapito per eventuali comunicazioni d'ufficio è il seguente:
Comune _____ () CAP _____ Via _____

_____ n. _____ Tel _____ / _____ ; Cell. _____ ; _____
pec _____

Informativa ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 Gennaio 2003, i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per i quali vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Li _____, _____ / _____ / _____

In fede