

Al Direttore Generale  
Azienda Sanitaria di Potenza  
Trasmissione a mezzo mail a:  
[mobilita.interna.2021@aspbasilicata.it](mailto:mobilita.interna.2021@aspbasilicata.it)

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico di mobilità interna 2021

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, chiede di partecipare all'avviso pubblico in oggetto indicato.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445/2000, ai sensi degli artt. 46 e 47 del medesimo DPR n. 445/2000, dichiara quanto segue:

- di fruire di permessi ex l. n. 104/1992, in quanto portatore di handicap (barrare casella) **SI NO;**
- di fruire di permessi l. n. 104/1992 per ass.za a persona portatrice di handicap (barrare casella) **SI NO;**
- di essere in servizio a tempo indeterminato presso codesta Azienda dal \_\_\_\_\_

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

- di essere inquadrato nella Categoria \_\_\_\_ con il seguente profilo professionale:

\_\_\_\_\_

- di prestare servizio presso la seguente struttura aziendale (indicare U.O.C., U.O.S.D. etc.):

\_\_\_\_\_

e più precisamente nella seguente sede

\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_,  
dal \_\_\_\_\_ (indicare la data di assegnazione presso tale sede)

(ad es. Poliambulatorio Madre Teresa di Calcutta, Comune di Potenza dal 01/05/2012);

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

- che le attività svolte nell'ambito del servizio di assegnazione sono articolate come segue (barrare casella che interessa):

<input type="checkbox"/>	su turni in h24
<input type="checkbox"/>	su turni in h12
<input type="checkbox"/>	assenza di turnazioni
Spazio riservato all'Amministrazione	

- di avere, alla data della presente domanda, n. \_\_\_\_ figli di età minore di anni 6;
- di avere, alla data della presente domanda, n. \_\_\_\_ figli di età minore di anni 14
- di essere/non essere separato di fatto o legalmente ovvero divorziato (*barrare casella*) **SI NO**  
in caso positivo allegare documentazione probatoria che deve essere di seguito elencata:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

- di versare in stato di vedovanza (*barrare casella*) **SI NO**

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

- di avere la propria residenza/dimora abituale al seguente indirizzo:

\_\_\_\_\_

**Indica, quali sedi alle quali aspira ad essere assegnato le seguenti** (*indicare massimo 3 servizi aziendali e relativi*

*Comuni in cui gli stessi sono ubicati*):

- 1) \_\_\_\_\_ presso il Comune di \_\_\_\_\_;

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

- 2) \_\_\_\_\_ presso il Comune di \_\_\_\_\_;

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

- 3) \_\_\_\_\_ presso il Comune di \_\_\_\_\_;

Spazio riservato all'Amministrazione	
--------------------------------------	--

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**N.B. ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**