

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA MOBILITÀ INTRAZIENDALE
SPECIALISTI AMBULATORIALI AZIENDA U.S.L. UMBRIA 1**

ANNO 2026

Art. 20 – ACN/2024

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale
Azienda USL Umbria n. 1

Via G. Guerra, 17/21

060127 – Perugia

Pec: aslumbria1@postacert.umbria.it

Oggetto: Domanda di mobilità intraaziendale ai sensi dell'art. 30, comma 6 ACN/2024

__l__ sottoscritt__ Dott./Dott.ssa_____
nat_ a _____ il _____ Cod. Fisc._____
Residente a _____ in _____
Domicilio _____ in _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
Pec _____

in qualità di

- ☐ Medico Specialista ed odontoiatra ambulatoriale nella Branca di _____
☐ Medico Specialista veterinario nell'Area _____
☐ Professionista ambulatoriale biologo
☐ Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicologia
☐ Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicoterapia

convenzionato con questa Azienda USL Umbria n. 1, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie.

Con anzianità d'incarico a tempo indeterminato dal _____ nella sede di _____

MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____

di n° ore sett. _____ presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____

E CONTESTUALMENTE CHIEDE
di lasciare le ore d'incarico svolte attualmente

presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____ per n° ore settimanali pari a _____
espletate nei giorni _____ con orario _____

presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____ per n° ore settimanali pari a _____
espletate nei giorni _____ con orario _____

presso la sede dell'USL Umbria 1 di _____ per n° ore settimanali pari a _____
espletate nei giorni _____ con orario _____

A tal fine,

DICHIARA

- di aver svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella/nelle sede/i di provenienza sita/e presso la dell'USL Umbria 1.
- di svolgere l'attività nella Branca/Area/Professione di _____ con un totale complessivo di ore settimanali espletate pari a n° _____

DICHIARA inoltre,

relativamente al possesso delle particolari capacità professionali richieste, nello specifico:

_____, di essere stato valutato da apposita Commissione preposta, per le medesime particolari capacità professionali, come risulta da Delibera di conferimento di incarico n. _____ del _____ di esercitare gli stessi compiti e funzioni nell'Azienda USL Umbria 1 presso il Servizio/ Distretto/ Presidio _____.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

☐ Allega fotocopia del documento d'identità.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____

Firma _____
(non soggetta ad autenticazione)

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