

**Alla s.c. Di.P.Sa.**

**ASL NO**

**SEDE**

**Oggetto: richiesta di partecipazione alla mobilità interna per la copertura di posti disponibili di Coordinamento ex art.10 CCNL 20/09/2001**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Dipendente a tempo indeterminato ASL NO, con profilo professionale

\_\_\_\_\_ (cat.D/D.S)

assegnato alla struttura \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

#### DICHIARA

di essere in servizio a tempo indeterminato con profilo professionale di

CPS/CPSE \_\_\_\_\_ presso l'ASL NO dal \_\_\_\_\_

di essere in possesso dell'incarico di coordinamento ex art.10 CCNL 20/09/2001, conferito formalmente, dal \_\_\_\_\_

c/o la SC/SSD/SS \_\_\_\_\_

di aver prestato, in precedenza, servizio nel profilo professionale di interesse presso le seguenti strutture dell'ASL NO:

Struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

CHIEDE

il conferimento dell' incarico di coordinamento per la seguente struttura:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

IN FEDE

Allega:

copia fotostatica di documento d'identità, in corso di validità

curriculum lavorativo e formativo debitamente datato e firmato

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_