

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
