

AL DIRETTORE DELLA U.O.C. CURE PRIMARIE
ASP DI ENNA
VIALE DIAZ7/9 94100 ENNA

Oggetto: Istanza di mobilità intra-aziendale di Continuità Assistenziale.

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ Residente in _____

Via _____ N. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ E-mail _____

Pec _____ Recapito telefonico _____

in conformità degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445

DICHIARA,

consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni saranno applicate le sanzioni stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445,

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato per la Continuità Assistenziale nell'ASP di Enna dal _____

- data di nascita: _____
- voto di laurea: _____
- data di laurea: _____

Visto l'avviso di mobilità intra-aziendale di CA pubblicato sul sito dell'ASP di Enna

CHIEDE

di partecipare alla convocazione di mobilità intra-aziendale di Continuità Assistenziale.

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 del D. Lgs. 196/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, con strumenti cartacei e con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

Firma (*)

(*) Art. 38, 3° comma, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445:

Le istanze e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.