

AL COMMISSARIO STRAORDINARIO
DELL'ASP DI ENNA

Oggetto: Istanza di mobilità intra-aziendale di Emergenza Sanitaria Territoriale

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ Residente a _____

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 di Emergenza Sanitaria Territoriale nell'ASP di Enna dal _____ e presso altre ASP dal _____
- data di nascita: / /
- voto di laurea: / /
- data di laurea: / /

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

CHIEDE

di partecipare alla convocazione di mobilità intra-aziendale per questo settore.

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.