

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DELLA SEDE DI LAVORO

Al Direttore Generale dell'Asl.....

Il sottoscritto.....

Nato ila.....prov.....[] M [] F

CF.....Residente a

Via.....n°.....prov.....CAP.....

Tel.....email.....

Laureato il..... con voto...../110

Titolare d'incarico a tempo indeterminato/determinato per l'emergenza sanitaria territoriale ⁽¹⁾

Presso l'ASLin precedenza ASL ⁽²⁾..... dal.....

.....

e con anzianità complessiva di emergenza sanitaria territoriale di mesi.....

FA DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DELLA SEGUENTE SEDE DI LAVORO

Presso l'ASL

Sedi di lavoro ⁽³⁾

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Allega alla presente certificato in carta semplice dello stato servizio, ai sensi della normativa vigente, rilasciato dalla ASL competente che attesti l'anzianità complessiva di servizio nell'emergenza sanitaria territoriale.

Chiede che ogni comunicazione in merito venga inviata presso:

Residenza

Domicilio

c/o.....Comune.....Via.....

.....n°.....CAP.....prov.....

Dichiara che le notizie sopra riportate corrispondono al vero ⁽⁴⁾

Data.....

Firma ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ *Cancellare l'indicazione che non è del caso*

⁽²⁾ *Indicare la precedente denominazione dell'ASL in cui si è svolto il servizio, es ASL 17; ASL 22; ASL 4 ecc...*

⁽³⁾ *Indicare in ordine di priorità tutte le sedi di lavoro (elencate nell'allegato A) appartenenti all'ASL scelta.*

⁽⁴⁾ *Ai sensi degli art. 75 e 76 del DPR 445/2000*

⁽⁵⁾ *Ai sensi del DPR 445/2000, la presente dichiarazione non necessita di autenticazione della firma e sostituisce le normali dichiarazioni richieste o destinate ad una Pubblica Amministrazione ed ai gestori dei pubblici servizi*