



Spett.le
S.C. CURE PRIMARIE
ASST PAPA GIOVANNI XXIII
PEC ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Oggetto: Richiesta mobilità intraaziendale

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____

codice regionale _____

☐ Medico di assistenza primaria titolare di incarico a tempo indeterminato presso ASST Papa Giovanni XXIII ambito _____

Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 32 comma 9 ACN del 15/0/2026 che disciplina la mobilità intraaziendale per la medicina generale;

☐ Pediatra di libera scelta titolare di incarico a tempo indeterminato presso ASST Papa Giovanni XXIII ambito _____

Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 30 comma 6 ACN del 25/07/2025 che disciplina la mobilità intraaziendale per la pediatria di libera scelta.

DICHIARA

- di essere titolare di incarico presso l'ASST Papa Giovanni XXIII dal _____

- di essere consapevole che la richiesta di mobilità intraaziendale comporterà per il medico di assistenza primaria, il passaggio al **ruolo unico** di assistenza primaria e la stessa sarà irrevocabile.

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale con il seguente ordine di priorità:

dall'ambito di _____

all'ambito di _____

data _____

Firma _____

Allega: copia di un documento d'identità

Il presente modulo è da inviare esclusivamente utilizzando posta elettronica certificata all'indirizzo PEC ufficioprotocollo@pec.asst-pg23.it

Il presente documento può essere sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 20 e seguenti del D.Lgs. 82/2005 (CAD) e del Regolamento (UE) n. 910/2014 (eIDAS)"