

Oggetto: Richiesta mobilità intraziendale

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 intraziendale 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 intraziendale 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 intraziendale 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)"