

Oggetto: Richiesta mobilità interna incarico Continuità Assistenziale.

Io sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____

Titolare di Continuità Assistenziale presso la postazione di _____

chiedo

di fruire della mobilità interna di sede presso una delle postazioni qui di seguito elencate secondo l'ordine di preferenza:

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

6) _____

Dichiaro altresì:

- di **essere/non essere** iscritto negli elenchi dei medici di medicina generale per l'attività di assistenza primaria presso l'ambito di _____ -

AFT _____;

- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato di Continuità Assistenziale presso l'Azienda USL Toscana Centro dal _____.

- di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ con il voto di ____/100

Sono consapevole e accetto sin d'ora, che l'eventuale mobilità presso una delle postazioni sopra elencate sarà disposta dall'Azienda, nel rispetto delle priorità previste nell'Accordo Regionale di cui alla D.R.G.T. n. 488/2018, senza che mi sia richiesta un'ulteriore conferma della disponibilità al trasferimento di sede.

Data _____

(Firma)