

Spett.le ASST.....

PEC

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.....
Ambito _____

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

DICHIARA

di essere titolare di incarico presso l'ASST _____ a far tempo dal _____

Per i medici di assistenza primaria

☐ di essere consapevole che la richiesta di mobilità intraaziendale comporterà il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria e la stessa sarà irrevocabile

CHIEDE

la mobilità intraaziendale con il seguente ordine di priorità:

dall'ambito di _____ all'ambito di _____

data _____

Firma _____

Il presente modulo è da inviare esclusivamente utilizzando posta elettronica certificata all'indirizzo PEC

Allega: copia di un documento d'identità

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)"

.....