

Allegato B

AL LEGALE RAPPRESENTANTE DELL'ASP DI TRAPANI
per il tramite dell'UOC Gestione Amministrativa Attività Convenzionate

OGGETTO: AVVISO PER LA MANIFESTAZIONE DI DISPONIBILITA' ALLA MOBILITA' INTRAZIENDALE RISERVATO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO DI SCELTA (APS), DI ASSISTENZA PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (APO) – ANNO 2026

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____ prov. _____
il _____ C.F. _____ tel.cell. _____
PEC _____ email _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace di cui all' Art. 76 del citato D.P.R.:

DICHIARA

-di essere titolare di incarico indeterminato APS dal _____
ambito/AFT _____ Distretto _____;

-di essere titolare di incarico indeterminato APO dal _____
ambito/AFT _____ Distretto _____;

CHIEDE

DI PARTECIPARE ALLA MOBILITA' INTRAZIENDALE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICO RUAP presso uno dei seguenti

- ambito/AFT _____ Distretto _____;
- ambito/AFT _____ Distretto _____;
- ambito/AFT _____ Distretto _____;

e DICHIARA, inoltre, di eleggere quale domicilio digitale cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo PEC _____

e di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento U.E. n. 2016/679 (RGDP), che i dati personale raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento;

Allega copia fronte/retro di un documento d'identità in corso di validità.

Data ____/____/____

Firma _____