

Spett.le ASST.....
PEC

Oggetto: Richiesta mobilità intraaziendale ex Art. 32 comma 9 ACN 4/4/2024

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

Medico di assistenza primaria titolare di incarico a tempo indeterminato presso
ASST..... ambito territoriale di _____
con ambulatorio nel comune di _____

Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 32 comma 9 che disciplina la mobilità
intraaziendale

DICHIARA

di essere titolare di incarico presso l'ASST _____ a far tempo dal _____
di essere consapevole che la richiesta di mobilità intraaziendale comporterà il passaggio al ruolo
unico di assistenza primaria, che prevede il completamento dell'impegno settimanale con
attività a rapporto orario, secondo programmazione aziendale, nel limite del massimale
orario/scelte di cui all'articolo 38 dell'ACN 04/04/2024, con modulazione dell'attività oraria
rispetto al carico assistenziale e la stessa sarà irrevocabile

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo 32, comma 9, ACN 4 aprile 2024:

dall'ambito territoriale di _____
all'ambito territoriale 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)"

.....