Allegato n. 2



# SERVIZIO SANITARIO REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA AZIENDA SOCIO SANITARIA LOCALE N. 8 DI CAGLIARI

*Al DIRETTORE GENERALE*

*ASL CAGLIARI*

[***protocollo@pec.aslcagliari.it***](mailto:protocollo@pec.aslcagliari.it)

# OGGETTO: AVVISO DI MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER MOBILITA’ INTRA-AZIENDALE, AI SENSI DELL’ACN DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA DEL 25 LUGLIO 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DI INCARICO DA ALMENO 2 ANNI NELL’AZIENDA STESSA.

l sottoscritt

NOME COGNOME

CODICE FISCALE TELEFONO

EMAIL PEC

ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi di quanto disposto dall’art.76 del citato DPR:

DICHIARA

* di essere nat a (Prov ) il / /
* di risiedere a (Prov ) CAP

in via n.

* di essere titolare (barrare la casella che interessa):
* titolare di incarico di pediatria di libera scelta da almeno 2 anni presso l’Azienda Sanitaria Locale n.8 di Cagliari Ambito , e disponibile alla mobilità intra-aziendale, nell’ambito n. 14, individuato come carente con Deliberazione C. S. n. del .
  + di eleggere quale recapito cui potrà essere inviata ogni comunicazione il seguente indirizzo:

VIA CAP

CITTA’ PROV

TELEFONO EMAIL

# CHIEDE

di partecipare alla manifestazione di interesse per **LA MOBILITA’ INTRA-AZIENDALE AI SENSI DELL’ACN DEL 25 LUGLIO 2024 RIVOLTO AI MEDICI TITOLARI DA ALMENO 2 ANNI DI INCARICO DI PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA NELL’AZIENDA SANITARIA LOCALE ASL N. 8 DI CAGLIARI**

ALLEGA:

* + copia fronte/retro di un documento di identità in corso di validità; AUTORIZZA

il trattamento dei propri dati personali/sensibili, nonché la loro eventuale comunicazione a terzi, al fine di provvedere agli adempimenti derivanti da obblighi di legge per le finalità derivanti dalla presente istanza, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 e ss.mm.ii.

In fede,

Data / / Firma