

FACSIMILE DI DOMANDA
allegato A

Al Direttore Generale
A.S.L. Napoli 1 Centro
Via Comunale del Principe, 13/A
80145 NAPOLI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/aa _____

il _____ domiciliato in _____ (prov. _____)

Via/Piazza _____ Tel _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare all'avviso di mobilità volontaria interna per l'assegnazione di personale presso la Cassa Ticket del P.O. Ospedale del Mare.

A tal fine il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000, consapevole che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, decadrà dai benefici eventualmente conseguiti, fatte salve le responsabilità penali di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n° 445/2000

DICHIARA

la propria disponibilità ad essere trasferito presso P.O. Ospedale del Mare, di essere dipendente a tempo indeterminato dell'ASL Napoli 1 Centro, in servizio presso _____

nel profilo di professionale di _____ (Ctg _____), a decorrere

dal _____;

di autorizzare, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, l'ASL Napoli 1 Centro al trattamento di tutti i dati personali forniti con la presente istanza.

il domicilio presso il quale deve essere fatta ogni comunicazione relativa all'avviso di _____

mobilità è il seguente: Via _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel _____ Tel. interno 081/254 _____

Data _____

Firma non autenticata
