Modello richiesta accorpamento orario

AL DIRETTORE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OGGETTO: Richiesta di trasferimento/accorpamento/incremento orario ai sensi dell’ACN

 17.12.2016.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

P.e.c. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specialista ambulatoriale nella branca\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a tempo indeterminato

per n. \_\_\_\_ ore\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_\_\_\_ per ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e/o presso altre ASL, Aziende Ospedaliere, INAIL, Sasn, Ministeri ecc. per complessive ore\_\_\_\_\_\_

 (Per le ASL indicare i distretti e la distribuzione delle ore).

Con riferimento alle ore pubblicate sul portale dell’ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella Branca di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di avere un’anzianità di incarico a far

data dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(indicare la decorrenza del primo incarico, anche a tempo determinato, se non vi è stata soluzione di continuità)

**CHIEDE**

 La mobilità intra Aziendale (art. 28 comma 1) previo rinuncia a n. \_\_\_\_ ore c/o DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ilcompletamento orario intra Aziendale (art. 18 comma 1) previo rinuncia a n. \_\_\_\_\_ ore c/o

 ASL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ovvero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DSB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o altra Struttura

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(sbarrare la casella interessata)

**DICHIARA**

Che tutti i dati, le notizie e i fatti riportati nella presente dichiarazione sono veri.

lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 In fede

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modello va compilato e inviato, via Fax o per PEC al Dipartimento Assistenza Primaria