**AZIENDA UNITA’ SANITARIA LOCALE PESCARA**

**Area Professioni Sanitarie Infermieristiche ed Ostetriche**

Dirigente: Dott.Marcello Bozzi (Tel. 085 4252129 - 335 1661268 – 348 8052920 mail: marcello.bozzi@ausl.pe.it)

### Coord. attività ass.li Servizi Territoriali: Responsabile Dott.ssa Rosangela Antuzzi -Tel.085 4253144 – 331 6868219

### Coord. attività ass.li P.O. Penne: Responsabile Dott.ssa Maria Rita Cacciagrano -Tel. 085 8276255 / 335 8137997

### Coord. attività ass.li P.O. Popoli: Responsabile Dott.ssa Tiziana Lombardi - 085 9898417/297 – 348 5655942

Pescara, ….............

**Al Dirigente Area Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetriche**

Oggetto: domanda di mobilità interna

Il /La sottoscritto/a ….................................................................... dichiara, sotto la propria responsabilità, ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000:

* di essere nato/a a …................................... il …...................
* di essere residente a ….............................................. in via / piazza …............................................... n. ….......,
* di essere dipendente della AUSL di Pescara con contratto a tempo indeterminato dal giorno …......................;
* in qualità di …........................................................................
* di essere assegnato presso l'U.O. / Struttura / Servizio …...................................................................................;
* a) di essere in possesso del Master / Corso di perfezionamento in ….................................................................. frequentato presso ….............................................., attinente il posto indicato nella preferenza n. …… .
* b) di essere in possesso del Master / Corso di perfezionamento in …................................................................ frequentato presso ….............................................., attinente il posto indicato nella preferenza n. …… .
* di aver frequentato, nel periodo di dipendenza di ruolo presso la AUSL di Pescara, n. Corsi di aggiornamento per un totale di n. ….. giorni.
* di essere beneficiario della L. 104/'92 (SI / NO) se SI, dal …..................

presenta la domanda di mobilità interna verso le seguenti UU.OU. / Strutture / Servizi:

* **preferenza 1** - U.O. / Servizio …....................... Presidio Osp. / Strut. Residenziali/Territoriali …......................
* **preferenza 2** - U.O. / Servizio …....................... Presidio Osp. / Strut. Residenziali/Territoriali ….....................

firma

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