

Al Direttore sc GPVRU

SEDE

Oggetto: richiesta di partecipazione all'AVVISO di mobilità interna rivolto al personale del comparto – Ruolo amministrativo, indetto in data 23/01/2024 (prot. N°4390 del 23/01/2024)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente a _____ in via _____

dipendente a tempo indeterminato A.S.L. NO, con profilo professionale di:

_____, Area _____

assegnato alla Struttura _____

chiede di essere assegnato alla seguente sc/ssd (**indicare la preferenza per una sola Struttura aziendale/posto vacante**):

	Allegato	Profilo professionale / Area	sc/ssd	Sede di lavoro prevalente	Decorrenza del posto disponibile
<input type="checkbox"/>	A	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Borgomanero	Febbraio 2024
<input type="checkbox"/>	B	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Borgomanero	Maggio 2024
<input type="checkbox"/>	C	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Farmacia Ospedaliera	Borgomanero	Luglio 2024
<input type="checkbox"/>	D	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Medicina Legale	Novara	Settembre 2024
<input type="checkbox"/>	E	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio G.P.V.R.U.	Borgomanero	Aprile 2024
<input type="checkbox"/>	F	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio G.P.V.R.U.	Borgomanero	Novembre 2024
<input type="checkbox"/>	G	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio G.P.V.R.U.	Borgomanero	Dicembre 2024

<input type="checkbox"/>	H	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. G.A.V.D.T.	Novara	Gennaio 2024
<input type="checkbox"/>	I	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Distretto Urbano Novara	Novara	Gennaio 2024
<input type="checkbox"/>	L	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Economico Finanziario	Novara	Gennaio 2024
<input type="checkbox"/>	M	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Distretto Area Sud (COT)	Treccate (sede COT sperimentale) e successivamente Galliate (sede COT definitiva)	Gennaio 2024

A tal fine, dichiara, ai sensi del DPR 445/2000 di:

essere in servizio con profilo professionale di _____
presso l'ASL NO dal _____;

essere assegnato/a alla Struttura _____ dal _____;

aver prestato, in precedenza, servizio nel profilo professionale di interesse presso le seguenti strutture dell'ASL NO:

struttura _____ dal _____ al _____

struttura _____ dal _____ al _____

struttura _____ dal _____ al _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara che tutte le circostanze dichiarate corrispondono a verità.

Allega:

- curriculum formativo e professionale, redatto sotto forma di dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del DPR 445/2000, debitamente sottoscritto;
- copia fotostatica di documento di identità, in corso di validità.

_____ li _____

IN FEDE
