

Al Direttore sc GPVRU

SEDE

Oggetto: richiesta di partecipazione all'AVVISO di mobilità interna rivolto al personale del comparto – Ruolo amministrativo, indetto in data 07/02/2025 (prot. N°8570 del 07/02/2025)

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	Collaboratore Amministrativo Professionale / Area dei Professionisti della Salute e dei Funzionari	s.c. Psichiatria Area Sud	Novara	Febbraio 2025
<input type="checkbox"/>	B	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Farmacia Ospedaliera/ MUSA	Caltignaga	Aprile 2025
<input type="checkbox"/>	C	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Farmacia Ospedaliera	Borgomanero	Febbraio 2025
<input type="checkbox"/>	D	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Informativo e Controllo di gestione	Novara	Aprile 2025
<input type="checkbox"/>	E	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Borgomanero	Febbraio 2025
<input type="checkbox"/>	F	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Servizio Tecnico Patrimoniale	Borgomanero	Marzo 2025

<input type="checkbox"/>	G	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.s.d. Cure Palliative, Hospice, Terapia del dolore	Arona	Novembre 2025
<input type="checkbox"/>	H	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. Radiologia	Arona	Marzo 2025
<input type="checkbox"/>	I	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. SISP	Borgomanero	Febbraio 2025
<input type="checkbox"/>	L	Assistente Amministrativo / Area degli assistenti	s.c. SIAV A	Novara	Febbraio 2025
<input type="checkbox"/>	M - N	Coadiutore Amm.vo Senior / Area degli operatori	s.c. Distretto Area Sud	Treccate	Marzo 2025 Marzo 2025
<input type="checkbox"/>	O	Coadiutore Amm.vo Senior / Area degli operatori	s.c. Direzione Medica PO Borgomanero	Borgomanero	Marzo 2025
<input type="checkbox"/>	P	Coadiutore Amm.vo Senior / Area degli operatori	s.c. Direzione Medica PO Borgomanero	Borgomanero	Marzo 2025
<input type="checkbox"/>	Q	Coadiutore Amm.vo Senior / Area degli operatori	s.c. Distretto Urbano Novara	Novara	Aprile 2025

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 _____

**Da compilare solo per il personale appartenente all'Area degli Operatori:*

di ESSERE fruitore di permessi ai sensi della Legge 104/1992;*

di **NON** ESSERE fruitore di permessi ai sensi della Legge 104/1992;*

di avere n. _____ figli a carico inferiore ai 12 anni di età;*

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;(ALLEGARE SOLO PER IL PERSONALE APPARTENENTE ALL'AREA DEGLI ASSISTENTI O DEI FUNZIONARI)
- copia fotostatica di documento di identità, in corso di validità .

_____ li _____

IN FEDE
