Domanda per l'avviso di mobilità interaziendale per i Medici Pediatri di Libera Scelta già titolari di incarico dell'AsI NO di Novara – anno 2026

Spett. A.S.L. NO
Ufficio Protocollo
Viale Roma 7
28100 NOVARA (NO)

Marca
da bollo
come da norme vigenti € 16,00
annullare con data e firma

da inviare esclusivamente via pec a:
protocollogenerale@pec.asl.novara.it

Domanda per l'avviso di mobilità interaziendale per i Medici Pediatri di Libera Scelta già titolari di incarico dell'AsI NO di Novara – anno 2026

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il .....

a.....…… residente a .....CAP.....(prov. .....) in.....

……..…….....n° ..... e domiciliato a .....CAP.....(prov. .....)

in via .....n° ..... (indicare solo se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale ..... Telefono .....

e-mail .....

Indirizzo posta certificata …….....

- Sotto la propria responsabilità personale, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti per effetto del provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, in base all'art. 75 del D.P.R. 445/2000,

- Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 32 comma 9 A.C.N. 16/01/2026 che disciplina la mobilità interaziendale

DICHIARA

- di essere titolare a tempo indeterminato di incarico di Medico Pediatra di Libera Scelta nel seguente ambito territoriale: _____ Distretto _____;
- di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL NO a far data dal _____;
- di essere consapevole che l'accettazione di trasferimento per mobilità intraziendale (a seguito di graduatoria e convocazione degli aventi diritto) comporterà la cancellazione dall'ambito di provenienza e sarà irrevocabile;

CHIEDE

- il trasferimento nel seguente ambito territoriale (o più ambiti in ordine di priorità):

  ambito: _____ con apertura nel Comune di_____

  ambito: _____ con apertura nel Comune di_____

  ambito: _____ con apertura nel Comune di_____

  ambito: _____ con apertura nel Comune di_____

data…… firma …….

ALLEGATI: FOTOCOPIA DI UN **DOCUMENTO DI IDENTITA'** VALIDO (ENTRAMBE LE FACCIATE);

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30-6-2003 n. 196 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

ASSOLVIMENTO IMPOSTA DI BOLLO

ai sensi dell'art. 15 D.P.R. 642/1972

DICHIARAZIONE

ex artt. 46 e 47 D.P.R. 445/2000 e D.M. 10/11/2011

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott._____

nata/o il _____ a _____ (Prov. ___)M • F •

Codice Fiscale _____

DICHIARA

che l'imposta di bollo è stata assolta secondo la seguente modalità:

- □ imposta di bollo assolta in modo virtuale, tramite apposizione e annullamento della marca da bollo sul cartaceo della domanda, trattenuto presso il mittente a disposizione degli organi di controllo; a tal proposito dichiara inoltre che la marca da bollo di euro 16 applicata ha

  IDENTIFICATIVO □□□□□□□□□□□□□□ emessa il ___/___/___

DICHIARA, INFINE,

□ che la marca da bollo sopra indicata sarà utilizzata esclusivamente per la presentazione della domanda in argomento (_____)

□ di essere a conoscenza che l'Autorità competente potrà effettuare controlli sulle pratiche presentate e pertanto si impegna a conservare il presente documento e a renderlo disponibile ai fini dei successivi controlli.

Data_____ Firma per esteso _____