

Al Direttore Dipartimento Cure Primarie
A.S.P. di Agrigento
PEC: dipartimento.cureprimarie@pec.aspag.it

Oggetto: Domanda di partecipazione alla mobilità intraaziendale – Pediatria di Libera Scelta – Zone carenti anno 2026

Il/La sottoscritto/a

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Luogo e data di nascita: _____

Residente in: _____

Recapito telefonico: _____

Indirizzo PEC: _____

in qualità di **Pediatra di Libera Scelta titolare di incarico a tempo indeterminato** presso l'A.S.P. di Agrigento,

CHIEDE

di partecipare alla procedura di **mobilità intraaziendale** di cui all'Avviso pubblicato in data **10/04/2026**, per l'assegnazione di uno dei seguenti ambiti territoriali carenti:

Ambito territoriale **Porto Empedocle – Realmonte – Siculiana**

Ambito territoriale **Palma di Montechiaro**

A TAL FINE DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

di essere titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'A.S.P. di Agrigento;

di essere attualmente titolare presso l'ambito territoriale di:

_____ dal _____;

di aver maturato almeno **due anni di titolarità** nell'A.S.P. di Agrigento alla data di scadenza dell'Avviso

di aver maturato almeno **due anni di titolarità** nell'ambito territoriale di provenienza alla data di scadenza dell'Avviso;

di essere consapevole che la mobilità potrà essere attivata solo alla data della carenza, così come indicato nell'Avviso;

di accettare integralmente tutte le condizioni previste dall'Avviso di mobilità intraziendale;

di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Allega:

- copia di un documento di identità in corso di validità.

Luogo e data: _____

Firma: _____