

AL **DIRETTORE GENERALE**  
Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni

**OGGETTO: Domanda interpello mobilità per compensazione**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare all' interpello pubblicato in data \_\_\_\_\_ per manifestare il proprio interesse alla  
mobilità compensativa nel profilo professionale di \_\_\_\_\_

cat \_\_\_\_\_, verso \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,  
per false attestazioni e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

1. di essere in servizio a tempo pieno ed indeterminato presso \_\_\_\_\_

a far data dal \_\_\_\_\_ ;

2. di prestare la propria attività lavorativa nel profilo professionale di \_\_\_\_\_,

cat \_\_\_\_\_ **fascia economica** \_\_\_\_\_ ;

3. di  essere /  non essere in possesso di eventuali benefici di legge per gli appartenenti alle categorie protette e/o  
fruizione di benefici ex L. 104/1992;

4. di aver superato il periodo di prova;

5. di non aver ricevuto richiami o provvedimenti disciplinari;

6. di aver preso visione e di accettare in modo pieno ed incondizionato quanto previsto dall'avviso/interpello di cui  
alla presente richiesta;

Si allega:

- Curriculum formativo e professionale

- Copia fronte retro di un Documento d'identità in corso di validità

Terni, li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_