



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
