

**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE ALLA MOBILITÀ INTRAZIENDALE  
SPECIALISTI AMBULATORIALI AZIENDA U.S.L. UMBRIA 1  
ANNO 2025  
Art. 20 – ACN/2024**

Al Comitato Zonale Specialistica Ambulatoriale  
Azienda USL Umbria n. 1  
Via G. Guerra, 17/21  
060127 – Perugia  
Pec: [aslumbria1@postacert.umbria.it](mailto:aslumbria1@postacert.umbria.it)

Oggetto: Domanda di mobilità intraziendale ai sensi dell'art. 30, comma 6 ACN/2024

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Cod. Fisc \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Pec \_\_\_\_\_

in qualità di

- Medico Specialista ed odontoiatra ambulatoriale nella Branca di \_\_\_\_\_
- Medico Specialista veterinario nell'Area \_\_\_\_\_
- Professionista ambulatoriale biologo
- Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicologia
- Professionista ambulatoriale psicologo di cui alla scuola di specializzazione in Psicoterapia

convenzionato con questa Azienda USL Umbria n. 1, ai sensi del vigente Accordo Collettivo Nazionale, che disciplina i rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie.

Con anzianità d'incarico a tempo indeterminato dal \_\_\_\_\_ nella sede di \_\_\_\_\_

**MANIFESTA L'INTERESSE AL TRASFERIMENTO**

di n° ore sett. \_\_\_\_\_ presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_

di n° ore sett. \_\_\_\_\_ presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_

di n° ore sett. \_\_\_\_\_ presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_

**E CONTESTUALMENTE CHIEDE**  
**di lasciare le ore d'incarico svolte attualmente**

presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali pari a \_\_\_\_\_  
espletate nei giorni \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_

presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali pari a \_\_\_\_\_  
espletate nei giorni \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_

presso la sede dell'USL Umbria 1 di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali pari a \_\_\_\_\_  
espletate nei giorni \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_

A tal fine,

**DICHIARA**

- di aver svolto almeno 18 (diciotto) mesi di servizio nella/nelle sede/i di provenienza sita/e presso la dell'USL Umbria 1.
- di svolgere l'attività nella Branca/Area/Professione di \_\_\_\_\_ con un totale complessivo di ore settimanali espletate pari a n° \_\_\_\_\_

**DICHIARA** inoltre,

relativamente al possesso delle particolari capacità professionali richieste, nello specifico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, di essere stato valutato da apposita Commissione preposta, per le medesime particolari capacità professionali, come risulta da Delibera di conferimento di incarico n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di esercitare gli stessi compiti e funzioni nell'Azienda USL Umbria 1 presso il Servizio/ Distretto/ Presidio \_\_\_\_\_.

Dichiarazione resa ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/2000: Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, afferma che quanto sopra corrisponde al vero.

Allega fotocopia del documento d'identità.

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 Regolamento EU/2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
(non soggetta ad autenticazione)

**N.B.: Allegare copia fotostatica non autenticata di un documento di identità in corso di validità.**