AL COMITATO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE

c/o ASP di COSENZA

**protocollo@pec.asp.cosenza.it**

**Oggetto: Domanda mobilità Intraziendale Specialistica Ambulatoriale**

**In considerazione delle nuove disposizioni contenute nell' art. 20 comma 1 ACN 4/04/2024, che prevedono, la trasmissione della domanda di trasferimento a mezzo pec dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno, con la presente,**

**Il sottoscritto/a ........................................................nato/a...................................il........................**

**Specialista in .................................................................................................................**

**Residente in ………………………………………………………………………………**

**con anzianità di incarico dal……………………………………………….**

**Pec:……………………………………………………………………………………..**

**Titolare di n° ore settimanali, cosi distribuite:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**chiede :**

1. **lo spostamento preventivo di n° ore dal Poliambulatorio di**

**..........................................................................................Distretto di .........................................................**

**al Poliambulatorio di ................................................. Distretto di .........................................................**

1. **lo spostamento preventivo di n° ore dal Poliambulatorio di**

**..........................................................................................Distretto di .........................................................**

**al Poliambulatorio di ................................................. Distretto di .........................................................**

1. **lo spostamento preventivo di n° ore dal Poliambulatorio di**

**..........................................................................................Distretto di .........................................................**

**al Poliambulatorio di ................................................. Distretto di .........................................................**

 **Data Firma**