

**All'Azienda Sanitaria
Universitaria Giuliano Isontina
Ufficio Medicina Convenzionata
S.C. Gestione del Personale
– Area Giuridica e Formazione**

asugi@certsanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ CF _____ titolare di un incarico a tempo
indeterminato di pediatria di libera scelta presso l'Azienda Sanitaria Giuliano Isontina a decorrere dal
_____ presso l'ambito territoriale di _____

(compilare solo se di interesse)

iscritto precedentemente nelle liste di assistenza primaria pediatrica quale PLS a tempo indeterminato presso altre Aziende sanitarie, come di seguito indicato:

- a) Azienda: _____ dal _____ al _____ ;
b) Azienda: _____ dal _____ al _____ ;
b) Azienda: _____ dal _____ al _____ ;

chiede

la mobilità intra-aziendale ai sensi dell'articolo ai sensi dell'art. 30, comma 6, dell'ACN PLS dd. 25 luglio 2024, presso l'ambito territoriale dei Comuni di Monfalcone e Staranzano, individuati come zona carente con decreto aziendale n. 87 del 31.1.2025.

Data

Firma
