



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

AVVISO MOBILITA' INTRAZIENDALE SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

Considerato che ai sensi dell'art. 20, comma 1, ACN 04 aprile 2024 :” L'Azienda, prima di dare attuazione a quanto disposto al successivo comma 2, dà seguito alla procedura di mobilità al proprio interno (mobilità intraziendale). Le domande devono essere presentate dal 1 al 31 gennaio di ciascun anno dagli specialisti ambulatoriali, veterinari o professionisti, che abbiano maturato, entro tale termine, un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi. L'Azienda valuta ed accoglie le richieste con prelazione di scelta per chi ha maggior anzianità di incarico nella stessa, in subordine il maggior numero di ore di incarico ed infine la maggiore età.“.

Questa ASL intende acquisire le domande di disponibilità degli **Specialisti ambulatoriali interni titolari entro e non oltre il 31.01.2026.**

Si prega di inviare il Modello, allegato al presente Avviso, debitamente compilato e firmato unitamente ad un documento d'identità in corso di validità, entro e non oltre il 31.01.2026 all'indirizzo protocollo@pec.aslfrosinone.it

Il Responsabile UOSD
Medicina Convenzionata/RA
Dott. ssa Aurelia De Cicco





**MODELLO RICHIESTA MOBILITÀ INTRAZIENDALE
SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI TITOLARI ANNO 2026**
(ai sensi dell'art. 20, comma 1, ACN 04 aprile 2024)

1 sottoscritt Dott.

Nat__ a_____ prov.(____) il _____ M_____ F_____

Codice Fiscale

Comune di residenza _____ (prov.) _____

Indirizzo Via **n.** CAP

Recapiti telefonici

Indirizzo e-mail _____

Indirizzo PEC _____

Laureato/a il _____, specializzato/a in

In data

Titolare di incarico a tempo indeterminato presso questa ASL dal

Alla data odierna, con n° ore settimanali, con articolazione oraria come di seguito riportata:

GIORNO	SEDE	ORARIO
LUNEDI'		
MARTEDI'		
MERCOLEDI'		
GIOVEDI'		
VENERDI'		
SABATO		



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

RICHIEDE

LA SEGUENTE MOBILITA' DEL TURNO AMBULATORIALE

ANZIANITA' DI INCARICO NELLA SEDE DAL:	DA:	A:

TUTTE LE SEDI DISPONIBILI

SI **NO**

DATA

FIRMA
