

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

**ASL
FROSINONE**

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

__l__ 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
