



**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede Legale: Via Mazzini 117, 28887 Omegna (VB)

Tel. +390323868111

Email: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) Web: [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)

Partita IVA / Codice Fiscale 00634880033

**SOC Di.P.Sa.**  
Direzione Professioni Sanitarie

**TERMINE ULTIMO PER LA PRESENTAZIONE  
19 FEBBRAIO 2024**

Al Direttore SOC DiPSa  
**ASL VCO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, domiciliato in \_\_\_\_\_,  
via e numero civico \_\_\_\_\_, tel. cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

di essere ammesso a partecipare al bando di mobilità interna di cui al regolamento aziendale approvato con deliberazioni Direttore Generale nn. 882 e 915 del 2023, per l'assegnazione a una delle sottosegnate Strutture aziendali:

- \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 28.10.2000 n. 445 e per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

### DICHIARA:

- di appartenere al seguente profilo professionale: \_\_\_\_\_;
- di essere dipendente dell'ASL VCO a tempo indeterminato da oltre un anno, senza soluzione di continuità, nel profilo professionale di cui al punto precedente;
- di avere superato il periodo di prova;
- di prestare servizio presso la SOC/SOS \_\_\_\_\_ sede di \_\_\_\_\_;
- di avere la residenza anagrafica presso il seguente indirizzo (specificare solo se diverso dal domicilio sopraindicato): \_\_\_\_\_;
- che il proprio nucleo familiare è composto come segue:



**A.S.L. VCO.**

Azienda Sanitaria Locale  
del Verbano Cusio Ossola

Sede Legale: Via Mazzini 117, 28887 Omegna (VB)

Tel. +390323868111

Email: [protocollo@pec.aslvco.it](mailto:protocollo@pec.aslvco.it) Web: [www.aslvco.it](http://www.aslvco.it)

Partita IVA / Codice Fiscale 00634880033

---

**SOC Di.P.Sa.**  
Direzione Professioni Sanitarie

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

Il/la sottoscritto/a autorizza l'ASL VCO al trattamento dei dati personali, ai sensi Regolamento europeo 2016/679 e conseguenti norme attuative, per tutte le procedure connesse al bando di mobilità cui la presente domanda si riferisce.

In ottemperanza a quanto previsto dal regolamento aziendale sulle mobilità, il/la sottoscritto/a allega alla presente domanda:

- curriculum formativo e professionale datato e firmato [non richiesto se appartenente all'area del personale di supporto];
- copia documento di identità in corso di validità;
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

In fede.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile e per esteso): \_\_\_\_\_