

**DOMANDA PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA DI MOBILITA'
INTRAZIENDALE DI CUI ALL'ART. 32 COMMA 9 ACN/2024
– ANNO 2025 –**

Il/La sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a il _____ - _____ a _____
residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____
Codice Fiscale _____

in qualità di medico di assistenza primaria convenzionato:

➤ Titolare A CICLO DI SCELTA con ASL _____ dal
_____ nell'ambito di _____ nella AFT
_____ dal _____

➤ Titolare A RAPPORTO ORARIO con ASL _____ dal
_____ nella postazione di _____ nella AFT
_____ dal _____

Ai fini dell'inserimento nella graduatoria di mobilità intraaziendale **ai sensi dell'articolo 32, comma 9, dell'ACN/2024:**

CHIEDE

➤ Di concorrere alla mobilità intraaziendale per il seguente ambito territoriale (in caso di più opzioni indicarli secondo l'ordine di preferenza):

1. _____
2. _____
3. _____

Il/La sottoscritto/a dichiara infine di essere informato/a che ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con l'ausilio di strumenti informatici, dalla Azienda USL Toscana Centro, titolare del trattamento esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data _____ Firma per esteso _____

Azienda USL Toscana centro



Staff Direzione
Amministrativa -

SOC Organizzazione
Medicina a ciclo di
fiducia

Villa Fabbri – Via di San
Salvi 12 – Firenze