



Regione
Lombardia

ASL Vallecamonica-Sebino

AL DIRETTORE GENERALE
ASL VALLECAMONICA-SEBINO
Via Nissolina n. 2
25043 BRENO

Oggetto: Prospetto informativo per procedure di mobilità.

Il/La sottoscritto/a _____

con riferimento alla sua richiesta di trasferimento presso codesta Azienda Sanitaria Locale
mediante procedura di mobilità, dichiara sotto la propria responsabilità:

di essere nato/a a _____ il _____

di risiedere a _____ in Via _____

tel. Abit. _____ cell. _____ e-mail _____

Azienda di provenienza: _____

Profilo: _____

Rapporto di lavoro: ☐ tempo pieno ☐ part-time (indicare ore settimanali) _____

Data Assunzione: _____

Sede di lavoro: _____

Titolo di studio: _____

Superamento periodo di prova in data: _____

Riepilogo delle assenze a vario titolo (escluso le ferie) riferite all'ultimo triennio:

Procedimenti disciplinari: (riferiti all'ultimo biennio) ☐ NO ☐ SI (indicare la sanzione) _____

Idoneità alla mansione: ☐ SI ☐ SI, con limitazioni _____

Ferie maturate e non godute alla data odierna: _____

Il domicilio al quale dovrà essere inviata qualsiasi comunicazione è: _____

Data _____

Firma