



UOC Coordinamento Cure Primarie

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. e Fax 089 693594

email: assistentzaprimaria@aslsalerno.it – PEC: assistentzaprimaria@pec.aslsalerno.it

**Comunicazione per la procedura di mobilità intraaziendale
riservata agli Specialisti ambulatoriali, Veterinari e Professionisti
titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno
con un'anzianità di almeno 18 mesi nella sede di provenienza
maturata entro il 31 gennaio dell'anno in corso**

Considerato che l'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti ambulatoriali interni, Veterinari ed altre professionalità sanitarie (Biologi, Chimici, Psicologi) ambulatoriali all'art. 20 co. 1 prevede che l'Azienda, prima di verificare la possibilità di completare per il raggiungimento del massimale orario degli Specialisti ambulatoriali, Veterinari o Professionisti, dia seguito alla procedura di mobilità al proprio interno (mobilità intraaziendale).

Pertanto gli Specialisti ambulatoriali, i Veterinari e i Professionisti titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno interessati, dal 1° al 31 gennaio di ciascun anno, che abbiano maturato entro tale termine un'anzianità di incarico di almeno 18 mesi nella sede di provenienza, devono presentare domanda di mobilità intraaziendale con l'indicazione della sede presso cui intendono trasferirsi:

- redatta utilizzando l'**Allegato A**;
- corredata dalla copia del **documento** di riconoscimento in corso di validità;
- inviata all'indirizzo di posta elettronica certificata **assistentzaprimaria@pec.aslsalerno.it**;
pena l'esclusione dalla procedura.

Gli Specialisti ambulatoriali, i Veterinari e i Professionisti potranno ritirare la domanda prima dell'eventuale pubblicazione del turno di interesse.

UOC Coordinamento Cure Primarie
(DD n. 27508 del 25/06/2024)
dott. Giuseppe Ferrantino

GIUSEPPE
FERRANTINO
08.01.2026
10:47:20
GMT+01:00



Al Direttore Generale dell'ASL Salerno
assistentzaprimary@pec.aslsalerno.it

DOMANDA DI MOBILITA' INTRAZIENDALE

ai sensi dell'art. 20 co. 1 dell'ACN per la Specialistica ambulatoriale

Riservata ai agli Specialisti ambulatoriali, Veterinari e Professionisti
titolari di incarico a tempo indeterminato presso l'ASL Salerno
con un'anzianità di almeno 18 mesi nella sede di provenienza
maturata entro il 31 gennaio dell'anno in corso

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____
nato/a a _____ (prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____
e residente nel Comune di _____ (prov. _____) CAP _____
al/alla Via/Corso/P.zza _____ n. _____
PEC _____
e-mail _____
Cellulare _____ Telefono fisso _____
laureato/a in _____ il ____/____/____
con voto _____ presso l'Università di _____
specializzato/a in _____ il ____/____/____
con voto _____ presso l'Università di _____
titolare di incarico a tempo indeterminato nella branca di:

con anzianità di incarico ____/____/____ per un totale di n° ____ ore settimanali presso:

in applicazione del vigente Accordo Collettivo Nazionale per la Specialistica ambulatoriale

CHIEDE

il trasferimento intraziendale del/i seguente/i turno/i svolto/i:

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____
presso _____
di cui è titolare a far data dal ____/____/____
presso _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

di cui è titolare a far data dal _____ / _____ / _____

presso _____

il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____

presso _____

di cui è titolare a far data dal _____ / _____ / _____

presso _____

Il sottoscritto, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445 del 28/12/2000 e smi e consapevole della decadenza dai benefici, prevista dall'art. 75, e delle sanzioni penali, previste dall'art. 76, per chi attesta il falso, rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso dichiara sotto la propria responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero.

Autorizza, infine, il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione, anche con strumenti informatici, per tutte le finalità istituzionali, ai sensi del D.Lgs. 30/06/2003, n. 196 e smi.

Si allega copia della _____ n° _____

rilasciata da _____ il _____

(luogo e data)

(firma)