



**UOC Coordinamento Cure Primarie**  
Via Nizza, 146 - 84124 Salerno - Tel. e Fax 089 693594  
email: assistenzaprimary@aslsalerno.it - PEC: assistenzaprimary@pec.aslsalerno.it

**Comunicazione per la procedura di mobilità intraziendale**  
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 intraziendale).

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 intraziendale 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 **assistenzaprimary@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  
assistenzaprimaria@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

**C H I E D E**

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)