

**All' SSD Personale Convenzionato**

**ausldiparma@pec.ausl.pr.it**

Il sottoscritto dr.

medico Specialista/Veterinario/Psicologo titolare di incarico a tempo indeterminato presso l'Azienda USL di Parma nella Branchia di

Visto l'avviso di mobilità intra-aziendale pubblicato su sito internet Azienda USL di Parma in data 1° ottobre 2021.

Nell' eventualità di pubblicazione da parte dell'Azienda di nuove ore a tempo indeterminato nella propria branchia,

**CHIEDE**

A) **Lo spostamento dal Distretto di** **poliambulatorio di**

**al Distretto di** **Poliambulatorio di**

Delle ore di incarico di seguito specificate

Lunedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Martedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Mercoledì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Giovedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Venerdì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Sabato:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore

B) **Lo spostamento dal Distretto di** **poliambulatorio di**

**al Distretto di** **Poliambulatorio di**

Delle ore di incarico di seguito specificate

Lunedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Martedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Mercoledì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Giovedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Venerdì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Sabato:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore

**C) Lo spostamento dal Distretto di poliambulatorio di**

**al Distretto di**

**Poliambulatorio di**

Delle ore di incarico di seguito specificate

Lunedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Martedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Mercoledì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Giovedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Venerdì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Sabato:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore

**D) Lo spostamento dal Distretto di poliambulatorio di**

**al Distretto di**

**Poliambulatorio di**

Delle ore di incarico di seguito specificate

Lunedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Martedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Mercoledì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Giovedì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Venerdì:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore
Sabato:	mattino dalle ore	alle ore	pomeriggio dalle ore	alle ore

**Da inviare esclusivamente utilizzando posta elettronica certificata all'indirizzo  
ausdiparma@pec.ausl.pr.it**

Firma \_\_\_\_\_