AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

Al Direttore
S.C. Gestione e Sviluppo Personale dipendente
AsFo - PORDENONE

OGGETTO: Domanda di spostamento all'interno dell'azienda (entro 50 km)

Il/La sottoscritto/a _____

in servizio a tempo indeterminato presso l'AsFO, Piattaforma/Dipartimento (indicare denominazione)_____sede_____ con il profilo di _____

_____

e rapporto di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
- ☐ a tempo parziale orizzontale per ore___/sett.
- ☐ a tempo parziale verticale per ore ___sett.

con la presente inoltra richiesta di spostamento all'interno dell'Azienda (entro 50 km), ai sensi dell'art. 2 del Regolamento Aziendale approvato con Decreto 356 del 26/04/2023 per la Piattaforma/il Dipartimento sotto individuato (**VA MANIFESTATA UNA SOLA PREFERENZA**)

A. SC DIREZIONE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA OSPEDALIERA:
(barrare e indicare una sede lavorativa di preferenza)

	PIATTAFORMA	SERVIZIO/REPARTO	SEDE
	PIATTAFORMA CURE INTERNISTICHE DEGENZA		
	PIATTAFORMA CURE MATERNO – INFANTILI		
	PIATTAFORMA CURE IN EMERGENZA		
	PIATTAFORMA CURE OPERAT. E PERI-OPERATORIE		
	PIATTAFORMA CURE INTENSIVE E SEMINTENSIVE		
	PIATTAFORMA CURE CHIRURGICHE DEGENZA		
	PIATTAFORMA CURE INTERNISTICHE AMBULATORIALI ED IN DAY HOSPITAL		
	PIATTAFORMA CURE CHIRURGICHE AMBULATORIALI ED IN DAY SURGERY		
	PIATTAFORMA CURE NEI SERVIZI DIAGNOSTICI E TRASFUSIONALI		

B. **SC DIREZIONE ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA TERRITORIALE:**
(barrare e indicare una sede lavorativa di preferenza)

	PIATTAFORMA	SERVIZIO/REPARTO	SEDE
	PIATTAFORMA CURE INTERMEDIE		
	PIATTAFORMA CURE PER LA SALUTE DELLA PERSONA E DELLA COMUNITA		
	PIATTAFORMA CURE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI		
	PIATTAFORMA CURE URGENTI DI CONTINUITA' E COMUNITARIE IN SALUTE MENTALE E DIPENDENZE		
	PIATTAFORMA CONTINUITA' DELLE CURE		
	PIATTAFORMA CURE MATERNO INFANTILI E DEI CONSULTORI FAMILIARI		

C. **DIREZIONE SERVIZI SOCIOSANITARI: (barrare e indicare una sede lavorativa di preferenza)**

	PIATTAFORMA	SERVIZIO/REPARTO	SEDE
	PIATTAFORMA SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE E REFERENTE PROFESSIONALE		
	PIATTAFORMA PERCORSI RIABILITAZIONE E INSERIMENTO SOCIALE IN SALUTE MENTALE E DIPENDENZE		

D. **S.C. DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE DELLA RIABILITAZIONE, TECNICO SANITARIO E DELLA PREVENZIONE: (barrare e indicare una sede lavorativa di preferenza)**

	PIATTAFORMA	SERVIZIO/REPARTO	SEDE
	PIATTAFORMA TECNICA DELLA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E REFERENTE PROFESSIONALE		
	PIATTAFORMA TECNICA DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO E REFERENTE PROFESSIONALE		
	PIATTAFORMA DIETETICA E NUTRIZIONE		
	PIATTAFORMA TECNICA DELLA DIAGNOSTICA DI AUDIOLOGIA E NEUROFISIOPATOLOGIA		
	PIATTAFORMA ASSISTENZA RIABILITATIVA OSPEDALIERA		
	PIATTAFORMA RIABILITAZIONE NELLE CURE PRIMARIE E REFERENTE PROFESSIONALE		
	PIATTAFORMA TECNICA DELLA PREVENZIONE		
	PIATTAFORMA ASSISTENZA SANITARIA		

E. DIPARTIMENTI/STAFF: (barrare e indicare una sede lavorativa di preferenza)

	DIPARTIMENTO	SERVIZIO/REPARTO	SEDE
	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO		
	DIPARTIMENTO TECNICO		
	DIPARTIMENTO DIREZIONE RETE OSPEDALIERA		
	DIPARTIMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE		
	DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE E SALUTE MENTALE		
	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		
	STAFF DIRETTORE GENERALE		
	STAFF DIRETTORE SANITARIO		
	STAFF DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI		

A tale fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000, n.445, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere

dichiara

- ☐ di essere dipendente a tempo indeterminato con almeno 3 anni di servizio presso ASFO nell'attuale profilo di appartenenza (barrare in caso di richiesta spostamento ai sensi dell'art. 2, c. 4, lettera b) e c);
- ☐ di essere dipendente a tempo indeterminato in servizio presso ASFO nell'attuale profilo di appartenenza (barrare in caso di richiesta di spostamento ai sensi dell'art. 2, c. 4, lettera a);
- ☐ di non cessare dal servizio entro 24 mesi dalla data di protocollazione della domanda;
- ☐ di non aver presentato formalmente domanda di cessazione dal servizio.

dichiara altresì

- ☐ che il curriculum formativo e professionale è quello risultante dalla allegata autocertificazione;
- ☐ di essere disponibile alla contestuale trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno ad eccezione dei casi previsti dall'art. 73, c. 9 del CCNL 02.11.2022 (da barrare solo se interessati).
- ☐ di essere domiciliato a_____ _____
- ☐ di prestare il proprio consenso, ex art.13 Reg. UE 2016/679, al trattamento dei dati personali, spontaneamente forniti, ai fini della gestione della presente procedura e degli adempimenti conseguenti, consapevole che il conferimento di tali dati è necessario ai fini della valutazione dei requisiti di partecipazione e l'eventuale diniego comporterebbe l'impossibilità di accedere alla procedura interna di mobilità.

In fede

Data_____

_____
(Firma)

Allegati:

- ☐ Curriculum formativo e professionale
- ☐ Altro _____