



**DOMANDA DI MOBILITA' INTRAZIENDALE PER LA COPERTURA DI AMBITI
TERRITORIALI CARENTI DI ASSISTENZA PRIMARIA PRESSO LA ASL VITERBO**

Il sottoscritto Dr _____ nato il _____
a _____ (____) residente a _____
in via _____ n _____, in possesso della Laurea in _____
conseguita presso _____
in data _____ con voto _____/110 e titolare di incarico a tempo indeterminato a far
data dal giorno _____, manifesta interesse alla mobilità intraziendale per la
copertura dei seguenti ambiti territoriali carenti di Assistenza Primaria a ciclo di scelta:

Distretto A

- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI MONTALTO DI CASTRO;
- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI TARQUINIA;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI TUSCANIA;
- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI CANINO;
- ☐ **UNA** NEI COMUNI DI ARLENA DI CASTRO/ TESSENNANO;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI FARNESE;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI LATERA;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI GRADOLI;
- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI GRAFFIGNANO;
- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI MONTEFIASCONE;

Distretto B

- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI ORTE;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI BASSANO IN TEVERINA;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI SORIANO NEL CIMINO;

Distretto C

- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI BASSANO ROMANO;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI BARBARANO ROMANO;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI CORCHIANO;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI VIGNANELLO;
- ☐ **UNA** NEL COMUNE DI CARBOGNANO;
- ☐ **DUE** NEL COMUNE DI CAPRAROLA;

Data _____

Firma
