



SCHEMA DI DOMANDA

PEC: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO PER MOBILITA' INTERNA
AZIENDALE PER L'ATTIVITA' DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA
PRIMARIA AD ATTIVITA' ORARIA (EX CONTINUITA'
ASSISTENZIALE) – ANNO 2026**

Il sottoscritto Dr _____ nato il _____ a _____ (____) residente
a _____ in via _____ n _____, titolare di incarico a tempo indeterminato di Assistenza
Primaria ad attività oraria (ex Continuità Assistenziale), con assegnazione nella postazione di
_____ del Distretto Sanitario _____ a far data dal _____

FA RICHIESTA

di trasferimento, per mobilità interna, per la copertura dei seguenti ambiti territoriali carenti: (Acquapendente, Bagnoregio, Montefiascone, Valentano, Canino, Montalto di Castro, Tarquinia, Tuscania, Soriano nel Cimino, Viterbo, Orte, Ronciglione, Vetralla, Civita Castellana) da indicare in ordine preferenza.

1° _____

2° _____

3° _____

4° _____

Allega: copia di un documento d'identità.

Data _____

Firma _____