

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	<p>Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico</p>
<p>MOBILITA' DI COMPENSAZIONE TRA AZIENDE</p>	<p>Dipartimento Amministrativo Mod 044 Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale</p>

AL Direttore del SUMGP
Via Gramsci 12
40121 Bologna

I SOTTOSCRITTI

(1) Sig./sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
(Prov _____) , residente a _____ in Via _____, dipendente a tempo indeterminato dell' AUSL _____ nel profilo professionale di _____, presso _____

e

(2) Sig./sig.ra _____ nato/a il _____ a _____
(Prov _____) , residente a _____ in Via _____, **dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda USL di Bologna** nel profilo professionale di _____, presso _____

avendo superato positivamente il periodo di prova,

CHIEDONO

LA MOBILITA' DI COMPENSAZIONE

Alla presente richiesta si allega :

- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni, ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante i servizi svolti, con rapporto di dipendenza, presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero il servizio in corso
- Curriculum formativo e professionale

	SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna	Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
MOBILITA' DI COMPENSAZIONE TRA AZIENDE		Dipartimento Amministrativo Mod 044 Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale

Si chiede inoltre che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

(1) Sig./sig.ra _____

MAIL: _____ Oppure

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Tel. (ufficio/casa) _____ Cell. _____

(2) Sig./sig.ra _____

MAIL: _____ Oppure

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov. _____

Tel. (ufficio/casa) _____ Cell. _____

Data, _____

(1) (Firma) _____

(2) (per esteso e leggibile)
 (Firma) _____
 (per esteso e leggibile)