



A.S.P. CARLO SARTORI
Azienda pubblica di servizi alla persona

**ISTANZA DI AMMISSIONE ALLA PROCEDURA DI MOBILITA' VOLONTARIA INTERNA
ANNO 2024**

Nome e cognome	
Codice fiscale	
Luogo e data di nascita	
Residenza	
Mail e telefono	
Data di assunzione	
Profilo professionale	
Struttura/servizio/ufficio presso cui presta l'attività lavorativa	
Disponibile alla mobilità per il servizio di	
Motivazione per cui si richiede la mobilità interna	

Il/la sottoscritto/a, per le motivazioni suesposte:

- chiede di essere ammesso/a alla procedura di mobilità interna di Asp Carlo Sartori per l'anno 2024
- dichiara di conoscere e accettare tutte le norme previste dall'avviso di mobilità interna
- autorizza Asp Carlo Sartori al trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini della procedura di mobilità interna

Luogo _____

Data _____

Firma _____