



SC Cure Primarie

Spett.le ASST di Cremona

PEC cureprimarie@pec.asst-cremona.it

Oggetto: Richiesta mobilità intraaziendale

Il/La sottoscritto/a Dr./ Dr.ssa _____
codice regionale _____

☐ **Medico di assistenza primaria** titolare di incarico a tempo indeterminato presso ASST CREMONA
Ambito _____
Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 32 comma 9 ACN del 15/01/2026 che disciplina la mobilità intraaziendale per la medicina generale;

☐ **Pediatra di libera scelta** titolare di incarico a tempo indeterminato presso ASST CREMONA
Ambito _____
Richiamato l'Accordo Collettivo Nazionale art. 30 comma 6 ACN del 25/07/2025 che disciplina la mobilità intraaziendale per la pediatria di libera scelta

DICHIARA

di essere titolare di incarico presso l'ASST CREMONA a far tempo dal _____

Per i medici di assistenza primaria

☐ di essere consapevole che la richiesta di mobilità intraaziendale **comporterà il passaggio al ruolo unico di assistenza primaria e la stessa sarà irrevocabile**

CHIEDE

la mobilità intra-aziendale con il seguente ordine di priorità:

dall'ambito di _____ all'ambito di _____

data _____ Firma _____

Il presente modulo è da inviare esclusivamente utilizzando posta elettronica certificata all'indirizzo PEC cureprimarie@pec.asst-cremona.it

Allega: copia di un documento d'identità

Il presente documento può essere sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'art. 20 e seguenti del D.Lgs. 82/2005 (CAD) e del Regolamento (UE) n. 910/2014 (Eidas)

.....