

**Al Direttore Generale  
Fondazione Policlinico Tor Vergata**  
Viale Oxford, 81  
00133 Roma

ca. **U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse  
Umane**

**DOMANDA DI MOBILITÀ A COMPENSAZIONE DIPENDENTI ALTRI ENTI**  
***EX ART. 21 comma 5 C.C.N.L. integrativo 19.04.2004 COMPARTO SANITA'***

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**dipendente con rapporto di lavoro a tempo indeterminato della seguente Azienda:**

“ \_\_\_\_\_ ”

dal \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_ fascia \_\_\_\_\_

assegnato presso il seguente servizio \_\_\_\_\_

telefono interno \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

***di poter usufruire della mobilità EX ART. 21 comma 5 C.C.N.L. integrativo 19.04.2004  
COMPARTO SANITA':***

▪ con il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

dipendente di codesto Policlinico, inquadrato nella medesima qualifica, cat. \_\_\_\_ fascia \_\_\_\_\_

**Allega alla presente la seguente certificazione:**

**1) Curriculum Formativo e Professionale**

**2) Autocertificazione ex artt. 46 e 47 DPR 445/00 e s.m.i. contenente le seguenti informazioni:**

- stato di servizio
- trattamento economico in godimento
- assenze a vario titolo dell'ultimo triennio
- ferie residue

**Eventuali comunicazioni possono essere spedite al seguente recapito:**

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**Distinti saluti**

***Luogo e data*** \_\_\_\_\_

***in fede***

\_\_\_\_\_