

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a _____ il _____;

Inquadrato/a nella categoria _____ Area Socio-sanitaria dal _____

Attualmente in servizio presso il Dipartimento di:

- Scienze Chirurgiche dal _____;
- Medicina Sperimentale dal _____;
- Scienze e Tecnologie Biomediche dal _____;
- Medicina Interna e Sanità Pubblica dal _____;

Dichiara la propria disponibilità ad essere trasferito presso:

Il Dipartimento di Scienze della Salute

A tal fine il/la sottoscritto/a fa presente:

- a) di avere le seguenti competenze e attitudini professionali in rapporto alla struttura di destinazione:

- b) le proprie motivazioni effettive e rilevanti, tra cui particolari condizioni di salute, di famiglia e di lavoro:

- c) la durata della permanenza presso la struttura di appartenenza:

Allega:

1. **curriculum formativo e professionale;**
2. **Parere del Responsabile della struttura di appartenenza.**

L'Aquila, _____

Firma