



AZIENDA USL PESCARA

RICHIESTA TRASFERIMENTO

Al Direttore Sanitario Aziendale
(Dott. A. Caponetti)

Al Titolare dell'incarico di Org.ne Pianificazione e Controllo
Att.tà Ass.za Diretta e Supp.to Aree Ospedaliere e Territoriali
(Dott. L. Silli)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ assunto/a il _____

con qualifica di _____ in servizio presso l'UO/Servizio di _____

chiede di essere trasferito/a nell'UO/Servizio:

1) _____

2) _____

Per i seguenti motivi:

Ai sensi dell'art.46 D.P.R. 445/2000 dichiara:

1) Di essere in possesso dei seguenti altri titoli:

2) Di aver avuto le seguenti esperienze (specificare la tipologia delle esperienze e la durata delle stesse)

Data _____

Firma _____