

Al Direttore Sanitario ASL Pescara

Dott.

Alla Responsabile Gestione Attività  
Infermieristiche Territoriali

Dott.ssa Morretti Maria Luisa

Alla Responsabile Gestione Attività Infermieristiche  
Ospedaliere Area Presidi

Dott.ssa Tiziana Lombardi

[protocollo.aslpe@pec.it](mailto:protocollo.aslpe@pec.it)

**Oggetto : richiesta cambiamento destinazione di servizio del dipendente**

\_1\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_, assunto il  
\_\_\_\_\_ dall'ASL Pescara , con la qualifica di Infermiere,

**CHIEDE**

Di essere **trasferit** \_ **dal Reparto** / Servizio di \_\_\_\_\_ nel  
quale attualmente lavora **al** \_\_\_\_\_ **di**  
\_\_\_\_\_ **in subordine** \_\_\_\_\_

**Dichiara sotto la propria responsabilità :**

1 ) di lavorare in questo ospedale a tempo indeterminato , di aver lavorato in altri  
ospedali sia a tempo determinato che indeterminato a partire dal \_\_\_\_\_

2 ) di aver lavorato , finora nei seguenti reparti o servizi e per periodi indicati :

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Dichiara Inoltre :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ai sensi della legge 241 del 1990 e succ. modif.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_