

Al Direttore Sanitario ASL Pescara
Dott. _____
Alla Responsabile Gestione Attività Infermieristiche
Ospedaliere Area Presidi
Dott.ssa Tiziana Lombardi
protocollo.aslpe@pec.it

Oggetto : richiesta cambiamento destinazione di servizio del dipendente

l 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
