

AL DIRETTORE SANITARIO ASL _____
DOTT. _____
AI DIRETTORE SANITARIO P.O. di _____
DOTT. _____
AL / ALLA RESPONSABILE DEL COORDINAMENTO
SERVIZIO INFERMIERISTICO _____
Dott/ssa _____

Oggetto : Comunicazione di servizio prestato presso sede diversa da quella abituale

Il / la sottoscritt_____

nat ___ a _____ Il _____ ; e residente a _____ in via _____ N. _____ , CAP _____ ,

Tel _____ ,

dependente di codesta ASL presso il P.O. / distretto Sanitario di _____

nel Reparto / Servizio di _____ , in qualità di _____

DICHIARA

Che in data _____ alle ore _____ per motivi di **URGENZA** su disposizioni impartite verbalmente dal Direttore Sanitario Dott. _____ e / o _____ , si allontanava dalla propria sede abituale di lavoro reparto / servizio _____ per poter prestare la propria attività professionale presso il reparto / servizio di _____

Dalle ore _____ alle ore _____ .

Richiedendo inoltre che l'Ordine di Servizio verbale venga confermato per iscritto .

_____ li _____

Firma del Dipendente _____

AL DIRETTORE SANITARIO ASL _____
DOTT. _____
AI DIRETTORE SANITARIO P.O. di _____
DOTT. _____
AL / ALLA RESPONSABILE DEL COORDINAMENTO
SERVIZIO INFERMIERISTICO _____

**Oggetto : Comunicazione di impossibilità ad ottemperare alle Disposizioni
Di servizio**

Il / la sottoscritt _____
nat ____ a _____ Il _____ ; e residente a
_____ in via
_____ N. _____ , CAP _____ ,
Tel _____ ,
dipendente di codesta ASL presso il P.O. / distretto Sanitario di _____
nel Reparto / Servizio di _____ , in qualità di _____

DICHIARA

Di non aver potuto ottemperare alle disposizioni di servizio impartitegli Verbalmente e / o per
iscritto dal Direttore Sanitario Dott. _____

e / o _____ In data _____

alle ore _____ ,

Riguardante _____

per i seguenti MOTIVI _____

_____ li _____

Firma del Dipendente _____

AL DIRETTORE SANITARIO ASL _____
DOTT. _____
AI DIRETTORE SANITARIO P.O. di _____
DOTT. _____
AL / ALLA RESPONSABILE DEL COORDINAMENTO
SERVIZIO INFERMIERISTICO _____

**Oggetto : Comunicazione di servizio prestato in sede diversa da quella
Abituale presso il Servizio di Radiologia**

Il / la sottoscritt _____

nat ____ a _____ Il _____ ; e residente a

_____ in via

_____ N. _____ , CAP _____ ,

Tel _____ ,

dipendente di codesta ASL presso il P.O. / distretto Sanitario di _____

nel Reparto / Servizio di _____ , in qualità di _____

DICHIARA

Che in data _____ alle ore _____ per motivi di **URGENZA** su
disposizioni impartite verbalmente dal Direttore Sanitario Dott. _____

e / o _____ , si allontanava dalla propria sede

abituale di lavoro reparto / servizio _____ per poter

prestare la propria attività professionale presso il Servizio di RADIOLOGIA del P.O. di

_____ per effettuare la seguente prestazione : _____

Dalle ore _____ alle ore _____ .

Richiedendo inoltre che l'Ordine di Servizio verbale venga confermato per iscritto .

_____ li _____

Firma del Dipendente _____