

Al Direttore Sanitario Asl Pescara
Dott. Fortunato
Al Direttore Po Pescara
Dott. _____
Alla Responsabile Del Coordinamento
Del Servizio Infermieristico
Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli
Dott.Ssa Maria Rita Cacciagrano
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

Al Direttore Sanitario Asl Pescara

Dott. Fortunato

Al Direttore Po Pescara

Dott. _____

Alla Responsabile Del Coordinamento

Del Servizio Infermieristico

Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli

Dott.Ssa Maria Rita Cacciagrano

Al Direttore UO di _____

Dott. _____

Al/ Alla Coordinatore/trice UO di _____

Dott./Dott.ssa _____

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

Al Direttore Sanitario Asl Pescara
Dott. _____

Al Direttore Po Pescara

Dott. _____

Alla Responsabile Del Coordinamento
Del Servizio Infermieristico

Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli

Dott.Ssa / Dott. _____

Al Direttore UO di _____

Dott. _____

Al/ Alla Coordinatore/trice UO di _____

Dott./Dott.ssa _____

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