

Al Direttore Sanitario Asl Pescara
Dott. Fortunato
Alla Responsabile Del Coordinamento
Del Servizio Infermieristico
Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli
Dott.Ssa Maria Rita Cacciagrano
Alla Responsabile Dell'integrazione
Ospedale-Teritorio Asl Pescara
Dott.Ssa Maria Rosangela Antuzzi
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. _____
Alla Responsabile Del Coordinamento
Del Servizio Infermieristico
Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli
Dott.Ssa / Dott. _____
Alla Responsabile Dell'integrazione
Ospedale-Teritorio Asl Pescara
Dott.Ssa / Dott. _____
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
