

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](mailto: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  
Alla Responsabile Del Coordinamento  
Del Servizio Infermieristico  
Dei P.O. Di Pescara- Penne - Popoli  
Dott.Ssa Maria Rita Cacciagrano  
Alla Responsabile Dell'integrazione  
Ospedale-Territorio Asl Pescara  
Dott.Ssa Maria Rosangela Antuzzi  
[protocollo.aslpe@pec.it](mailto: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

\_\_\_\_\_