

Modulo per il **PERSONALE DIPENDENTE - COMPARTO:**

RUOLO AMMINISTRATIVO – RUOLO PROFESSIONALE – RUOLO TECNICO (esclusi: Assistenti Sociali – Operatori Socio-Sanitari – Operatori Tecnici addetti all’Assistenza – Ausiliari Socio-Sanitari).

Al Direttore Amministrativo ASL

**Oggetto: Mobilità volontaria interna –
Dipendente _____.**

La/Il sottoscritta/o _____

nata/o il ____/____/____ a _____

residente in Via/P.zza _____, n° ____ città _____,

dipendente a tempo indeterminato presso questa ASL

con il profilo professionale di _____ dal ____/____/____,

attualmente assegnata/o al Servizio/U.O. _____,

avendo già provveduto ad acquisire il preventivo parere, formulato in calce alla presente, dal Responsabile/Direttore del proprio Servizio/U.O. di appartenenza,

CHIEDE, per i motivi di seguito specificati:

di essere trasferita/o ad altro Servizio/U.O. di questa ASL.

di essere trasferita/o al Servizio/U.O. _____.

A tal fine, ha provveduto altresì ad acquisire preventivamente anche il parere del Responsabile/Direttore del suddetto Servizio/U.O., espresso in calce alla presente.

Chiede, infine, che le comunicazioni inerenti la presente istanza vengano inviate al seguente indirizzo:

telefono n. _____.

Distinti saluti.

(data)

(firma dipendente)

PARERE RESPONSABILE SERVIZIO o DIRETTORE U.O. APPARTENENZA

PARERE RESPONSABILE SERVIZIO o DIRETTORE U.O. DESTINAZIONE

(nel caso in cui la/il dipendente formuli proposta in tal senso)
