

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

RUOLO SANITARIO (Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica – Professioni Sanitarie Riabilitative -
Professioni Tecnico-Sanitarie - Professioni Tecniche della Prevenzione)

RUOLO TECNICO (esclusivamente per Assistenti Sociali – Operatori Socio-Sanitari – Operatori Tecnici addetti
all'Assistenza – Ausiliari Socio-Sanitari).

**Al Responsabile
Area Nursing**

**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 all'Unità Operativa di _____,

**avendo già provveduto ad acquisire il preventivo parere, formulato in calce alla
presente, dal Direttore della propria U.O. di appartenenza,**

CHIEDE, per i motivi di seguito specificati:

di essere trasferita/o ad altra Unità Operativa di questa ASL.

di essere trasferita/o all'Unità Operativa di _____

**A tal fine, ha provveduto altresì ad acquisire preventivamente anche il
parere del Direttore della suddetta 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 DIRETTORE U.O. APPARTENENZA

PARERE DIRETTORE U.O. DESTINAZIONE
(nel caso in cui la/il dipendente formuli proposta in tal senso)
