

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: Istanza di mobilità volontaria per compensazione tra ASL/ENTI - 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,
ai sensi dell’art. 21 – c.5 – C.C.N.L. del 19.04.2004 per il Comparto Sanità,

CHIEDE

Il **nulla osta** al trasferimento presso _____
mediante interscambio con la/il Sig.ra/Sig. _____
nata/o il ____/____/____ a _____
residente in Via/P.zza _____, n° ____ città _____,
dipendente a tempo indeterminato presso la/il sopra citata/o ASL/Ente,
con il profilo professionale di _____ dal ____/____/____,
attualmente assegnata/o al Servizio/U.O. _____,
che allega il proprio curriculum formativo e professionale e sottoscrive la presente istanza.

A tal fine, la/il richiedente ha provveduto altresì ad acquisire preventivamente anche l’assenso formale dell’Azienda/Ente di cui sopra, che allega alla presente.

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

_____ telefono n. _____.

Distinti saluti.

(data)

(firme dipendenti)

PARERE DIRETTORE U.O. APPARTENENZA
