

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: 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 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,**

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 all'Unità Operativa di _____,

**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
