

**AL DIRETTORE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO
E DELLE PROFESSIONI SANITARIE
c/o Presidio "San Francesco"
08100 Nuoro**

Il/La sottoscritto/a ,
nato/a a , il ,
residente in , via ,
n. , telefono ,

in riferimento all'Avviso di Mobilità Interna ordinaria indetta **per il personale dipendente a tempo indeterminato** che riveste il profilo professionale di Collaboratore Professionale Sanitario – INFERMIERE Cat. D e che ha maturato un'anzianità di servizio di anni 3 nell'ASL di Nuoro alla data del 1° giugno 2016, per la copertura dei posti che si renderanno vacanti nel corso dell'anno 2016,

CHIEDE

di essere trasferito, in ordine di priorità, presso i seguenti servizi:

1

2

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi della normativa vigente, dichiara:
(barrare la casella che interessa)

A) di essere dipendente a tempo pieno;

di essere dipendente a tempo part-time per n. ore settimanali ,

in qualità di di Collaboratore Professionale Sanitario - INFERMIERE presso ASL di Nuoro dal e attualmente in servizio presso il Servizio

B) Di aver prestato il seguente servizio:

N.B. la colonna turnista dovrà essere compilata nel seguente modo: se turnista indicare 3T o 2T a seconda del turno effettuato; in assenza di turnazione non compilare.

Dal	Al	UNITA' OPERATIVA	TURNISTA: 3T-2T-
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C) Di avere la seguente situazione familiare:

N.FIGLI MINORI DI 6 ANNI	N.FIGLI MINORI DI 12 ANNI	N. FIGLI CON HANDICAP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D) DI ESSERE VEDOVO/A , SEPARATO/A LEGALMENTE O DI FATTO CON FIGLI A CARICO, GENITORE UNICO indicare lo stato, che dovrà essere documentato, se interessa:

E) Di essere residente e dimorare abitualmente a

F) Di aver riconosciuto il seguente stato di invalidità %:

N.B. Nel caso di dichiarazioni relative a status di cui alle lett. C) D) E) F) che non siano verificabili

dagli atti già in possesso degli Uffici aziendali allegare la documentazione e compilare quanto segue:

Allego la sotto indicata documentazione:

firma leggibile
