

**COMUNICAZIONE AL PERSONALE**

**DIPENDENTE DI COMPARTO**

**Richiesta trasferimento interno**

Per il PERSONALE DIPENDENTE - COMPARTO:

* RUOLO SANITARIO (Professioni Sanitarie Infermieristiche e Ostetrica – Professioni Sanitarie Riabilitative - Professioni Tecnico-Sanitarie - Professioni Sanitarie della Prevenzione)
* RUOLO TECNICO (Operatori Socio-Sanitari – Operatori Tecnici addetti all’Assistenza – Ausiliari Socio-Sanitari),

interessati per varie ragioni, a richiedere un trasferimento interno o a manifestare l’interesse rispetto ad esso, è possibile inviare richiesta presso la Direzione Professioni Sanitarie compilando apposito modulo allegato.

IMPORTANTE

Questa modalità di ricognizione di *Richieste di trasferimento*, progressivamente e debitamente raccolte in un database, ha solo la finalità di monitorare, governare le diverse istanze e fornire a tutti i dipendenti del comparto pari opportunità nel manifestare tali intenti. Di conseguenza, non potranno essere considerate, in nessun caso, richieste da evadere obbligatoriamente, così come previsto in occasione di Selezioni e/o Avvisi di Mobilità Interna, ma potrebbero essere, potenzialmente vagliate e considerate, alla luce di esigenze di servizio e necessità organizzative, in prospettiva di neo assunzioni e/o immissioni di personale nuovo.

 Direzione Professioni Sanitarie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Modulo** **Richiesta trasferimento interno**  | **Coordinamento**  **Staff di Direzione** |
| **Direzione** **Professioni Sanitarie** |

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 Dirigente Professioni Sanitarie AUSL 4 Teramo**

|  |  |
| --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  |
| Nato/a il |  |
| A |  |
| Dipendente a tempo indeterminato di questa Azienda dal |  |
| Profilo professionale |  |
| Categoria/livello economico  | □ **C** □ **D** □ **DS** |
| Presso l’U.O.C/S.D/S/ Servizio  |  |
| Dipartimento/Distretto |  |
| Sede di lavoro/ P.O. |  |

 CHIEDE

* di essere trasferita/o ad altra Unità Operativa/ Servizio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 del P.O. di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per i motivi di seguito specificati:

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_