

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AL TRASFERIMENTO PRESSO LA

UOC MEDICINA PENITENZIARIA TERAMO

RISERVATA AL PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO
INQUADRATO NEL PROFILO DI:

COLLABORATORE PROFESSIONALE SANITARIO INFERMIERE
(CAT. D)

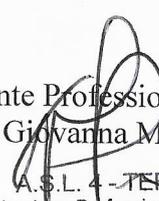
SI INVITA

il personale dipendente a tempo indeterminato a manifestare il proprio interesse al trasferimento presso la **UOC Medicina Penitenziaria Teramo**, presentando apposita domanda, utilizzando esclusivamente il modello allegato al presente Avviso.

La presente procedura non ha carattere selettivo e l'esito della stessa non darà pertanto luogo alla formazione di una graduatoria, ma unicamente a disporre di una ricognizione di personale interessato al trasferimento oggetto del presente Avviso.

La Direzione Professioni Sanitarie resta disponibile a fornire tutte le informazioni necessarie, oltre che ha promuovere incontri con il personale della relativa UOC, per acquisire direttamente dagli stessi, un riscontro diretto, dell'esperienza professionale vissuta in tale ambito.

Dirigente Professioni Sanitarie
Dr.ssa **Giovanna M. Pace**



A.S.L. 4 - TERAMO
Direzione Professioni Sanitarie
Dr.ssa Giovanna Michela PACE

 AUSL 4 TERAMO <small>il meglio è nel tuo territorio</small>	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	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 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 _____