



Al Responsabile UOSD Professioni sanitarie Ospedaliere

RICHIESTA DI MOBILITÀ INTERNA

COGNOME E NOME _____ TEL. _____

QUALIFICA _____

DATA DI ASSUNZIONE _____

TEMPO PIENO ☐ PART TIME ☐ N° ORE /TIPOLOGIA _____

UNITÀ OPERATIVA DI APPARTENENZA _____

UNITÀ OPERATIVE IN CUI HA PRECEDENTEMENTE PRESTATO SERVIZIO: _____

DATA DI ALLOCAZIONE NELL'ULTIMA U.O. _____

CHIEDE

Il trasferimento presso altra U.O. (indicare di seguito eventuali preferenze in ordine di interesse) :

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

I MOTIVI DELLA RICHIESTA DI MOBILITÀ SONO

☐ Esigenze di crescita professionale (specificare) _____

☐ Disagio all'interno dell'U.O. (specificare): _____

☐ Motivi di salute

☐ Equilibrio vita-lavoro (specificare): _____

☐ Conflitti con i colleghi (specificare): _____

☐ Modifiche organizzative (specificare): _____

- ☐ Riavvicinamento a casa
- ☐ Motivi familiari/personali
- ☐ Altro _____

Luogo e data

Firma _____