

**RICHIESTA MOBILITÀ INTERNA**

*Al Responsabile Servizio  
Infermieristico*

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. \_\_\_\_\_

Richiesta di 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

Disagio all'interno dell'U.O.

Motivi di salute

Incompatibilità oraria

Conflitti con i colleghi

Cambiamenti organizzativi

Altro \_\_\_\_\_

Padova, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_