

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 _____