

Al Direttore
Servizio Risorse Umane
e Sviluppo Organizzativo
Azienda USL di Parma

Al Direttore Distretto/P.O.

Al Responsabile
Servizio Infermieristico Aziendale

Azienda USL di Parma

OGGETTO: richiesta di mobilità

Il/La sottoscritt _____ nat il _____

a _____ residente a _____

in via _____ tel./cell. _____

chiede con la presente di essere trasferit_ presso codesta Azienda ai sensi dell'art. 19 CCNL

integrativo 1998/01, con preferenza per i Servizi _____

presso il Distretto di _____.

Dichiara inoltre di essere dipendente a tempo indeterminato presso l'Azienda

_____ con la qualifica di _____

a far tempo dal _____.

Allega, a tal fine, il proprio curriculum professionale.

In attesa di cortese accettazione della presente domanda, invio distinti saluti

Addi _____
