

**DIPENDENTI I.S.S. - DOMANDA DI TRASFERIMENTO PER  
SOPRAGGIUNTI MOTIVI DI SALUTE** - Legge n. 54 del 27/04/2009

**Tariffa per diritto di pratica**

Avviata in forma analogica  
€. 50,00

Avviata in forma elettronica  
€. 25,00

(Vedi ord. 1/2022 C. d. S.)

San Marino, lì \_\_\_\_\_ Preg.mi: ☐ **Presidente Commissione Consultiva Pubblico Impiego**

☐ **Direttore UOC** \_\_\_\_\_ ☐ **Responsabile UOS** \_\_\_\_\_

☐ **Caposala/Referente** \_\_\_\_\_ ☐ **Coordinatore del Personale delle Professioni  
Infermieristiche Tecniche e Socio Sanitarie**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_

dependente I.S.S. di ruolo con la qualifica di " \_\_\_\_\_ " occupato/a

presso \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio maturata dal \_\_\_\_\_ ,

a norma della Legge n. 54 del 27/04/2009, per sopraggiunti motivi di salute,

**chiede**

☐ *il trasferimento temporaneo per un massimo di due anni*

☐ *il trasferimento definitivo*

anche in posizione non prevista dall'organico, confacente alle proprie condizioni di salute.

La presente domanda, corredata di ricevuta di pagamento in applicazione dell'ordinanza C.d.S. 1/2022, viene esibita all'Ufficio Personale e Libera Professione, nei termini previsti dalla Legge.

La Commissione Consultiva, esaminata la richiesta del/della dipendente, tenuto conto della valutazione del Medico del Lavoro e del parere della Commissione per gli Accertamenti Sanitari Individuali di 1° Istanza, disporrà l'eventuale distacco del/della richiedente.

Recapito Telefonico dipendente \_\_\_\_\_ Il/La dipendente \_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'UFFICIO DEL PERSONALE E LIBERA PROFESSIONE**

Vista la domanda del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si dichiara che il trasferimento richiesto è conforme alla Legge vigente e rientra nei diritti del/della dipendente interessato/a.

Data \_\_\_\_\_

Ufficio Personale e Libera Professione

**RISERVATO AL DIRETTORE DIP/UOC, RESPONSABILE UOS, CAPOSALA, COORDINATORE PPITSS**

Vista la richiesta del/della dipendente \_\_\_\_\_ considerate le esigenze di servizio, si prende atto della domanda di trasferimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_