

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO TEMPORANEO DIPENDENTI DI RUOLO SANITARIO E SANITARIO NON MEDICO ESCLUSI AMMINISTRATIVI - art. 8 Legge n. 53 del 30/03/1993**

San Marino, li \_\_\_\_\_ Preg.mi:  **Direttore Risorse Umane e Organizzazione**  
 **Direttore UOC** \_\_\_\_\_  **Responsabile UOS** \_\_\_\_\_  
 **Caposala/Referente** \_\_\_\_\_  **Coordinatore del Personale delle Professioni  
Infermieristiche Tecniche e Socio Sanitarie**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod. I.S.S. \_\_\_\_\_  
dipendente di ruolo Sanitario o Sanitario non medico con la qualifica di " \_\_\_\_\_ ",  
occupato/a presso \_\_\_\_\_ con anzianità di servizio maturata  
dal \_\_\_\_\_ , a norma dell'art. 8 della Legge n. 53 del 30/03/1993,

**chiede**

il *trasferimento temporaneo* per la durata di \_\_\_\_\_ , anche in posti non previsti dalla  
dotazione organica.

La presente domanda, corredata di marca da bollo da € 15,00, viene esibita all'Ufficio Personale e  
Libera Professione, che dopo aver accertato il diritto del/della lavoratore/trice, inoltrerà la pratica al Direttore R.U.O.  
competente.

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

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

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

Data \_\_\_\_\_

Ufficio Personale e Libera Professione

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

Vista la richiesta del/della dipendente \_\_\_\_\_ considerate le  
esigenze di servizio, si prende atto del trasferimento temporaneo per mesi \_\_\_\_\_ non frazionabili.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**IL PRESENTE MODULO E' DA RITORNARE ALL'UFFICIO DEL PERSONALE E LIBERA PROFESSIONE  
per il seguito di competenza (Direttore Risorse Umane e Organizzazione)**

Data \_\_\_\_\_

Timbro \_\_\_\_\_