

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DEFINITIVO DIPENDENTI DI RUOLO SANITARIO E
SANITARIO NON MEDICO ESCLUSI AMMINISTRATIVI - art. 9 Legge n. 53 del 30/03/1993**

San Marino, lì _____ 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. 9 della Legge n. 53 del 30/03/1993,

chiede

il *trasferimento definitivo*, 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 definitivo 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
norme vigenti in materia si esprime parere: ☐ Favorevole ☐ Non favorevole.

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 _____