**DOMANDA DI MOBILITA’ INTERNA VOLONTARIA - OPERATORE SOCIO SANITARIO**

All’Asp Pianura Est

Ufficio Segreteria

Via Gramsci 28

40066 PIEVE DI CENTO (BO)

Il/La sottoscritt\_.................................................................................nat\_ a ..........................................

il ....................................residente a ......................................................................................................

in via ........................................................................................................ n°..........................................

telefono/cell.......................................................email.............................................................................

Dipendente a tempo indeterminato dell’Asp Pianura Est ed attualmente impiegato presso il servizio

…………………………………………………………nell’area Operatore Esperto nel profilo di Operatore

Socio-Sanitario (OSS).

**Chiede**

il trasferimento volontario presso il seguente servizio dell’Asp (***indicare con una crocetta UN SOLO SERVIZIO. Nel caso siano indicati più servizi la domanda SARÀ ANNULLATA***)

* CRA Galuppi – Pieve di Cento
* CRA Ramponi – S. Giorgio di Piano
* CRA S. Domenico – Budrio
* CRA Minerbio
* CIA Granarolo dell’Emilia
* CRA di Molinella
* CD Casa del Ciliegio – Castel Maggiore
* CD Galuppi – Pieve di Cento
* CD S. Domenico – Budrio
* CD Rubini – Castello d’Argile
* CSRR Villa Rosalinda – Budrio

per la seguente motivazione: ……….........................................................................................................

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità:

* La presenza dei seguenti famigliari a proprio carico esclusivo **titolari di L. 104** (indicare nome e cognome e data di nascita del famigliare)

 ……………….…………………………………………………………………………………………………..

* La presenza dei seguenti famigliari a proprio carico esclusivo **non titolare di L. 104**

(indicare nome e cognome e data di nascita del famigliare)

…………………………………………………………………………………………………………………..

* Che la distanza del proprio domicilio (che può coincidere con la residenza) dal luogo di lavoro

attuale è pari a km …………………………………………………..

* Di essere in servizio in qualità di OSS presso l’Asp Donini Damiani o l’Asp Galuppi Ramponi e l’Asp Pianura Est dal ………….…..
* Di aver maturato le seguenti esperienze in qualità di Operatore Socio-Sanitario presso servizi per disabili

Dal…………… al …………….. presso …………………………………………………………………..

Dal…………….al …………….. presso …………………………………………………………………..

Allega copia fotostatica di documento di identità in corso di validità

data ............................

 FIRMA LEGGIBILE

(Non autenticata ex art. 39 D.P.R.445/2000)