**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 impiegata presso il servizio …………………………………………………………nella categoria ……………… nel profilo di Operatore Socio-Sanitario (OSS).

**chiede**

il trasferimento volontario presso il seguente servizio **(indicare un solo servizio):**

* Casa Residenza Anziani L. Galuppi – Pieve di Cento (BO)
* Casa Residenza Anziani F. Ramponi – S. Giorgio di Piano (BO)
* Casa Residenza Anziani S. Domenico – Budrio (BO)
* Casa Residenza Anziani - Minerbio (BO)
* Centro Socio Riabilitativo Residenziale Villa Rosalinda – Budrio
* Centro Diurno Casa del Ciliegio – Castel Maggiore
* Centro Diurno Ramponi – S. Giorgio di Piano
* Centro Diurno Galuppi – Pieve di Cento
* Comunità Alloggio – Castello d’Argile

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

A tal fine dichiara sotto la propria personale responsabilità:

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

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

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

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

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

* Che la distanza dal luogo di lavoro attuale è pari a km …………………………………………………..
* Di aver prestato servizio in qualità di OSS a tempo indeterminato presso l’Asp Donini Damiani o l’Asp Galuppi Ramponi e l’Asp Pianura Est dal ………….…..

Allega copia fotostatica di documento di identità in corso di validità

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

 FIRMA LEGGIBILE

(Non autenticata ex art. 39 D.P.R.445/200)