

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	MOBILITA' DI COMPENSAZIONE	Dipartimento Amministrativo Mod 044 U.O.C. Amministrazione del Personale
---	-----------------------------------	--

AL DIRETTORE DELL'UNITA' OPERATIVA
AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
Via Gramsci, 12 - 40121 Bologna -

I SOTTOSCRITTI

(1) Sig/ra _____
nato/a il _____ a _____ (Prov _____)
residente a _____ (Prov _____)
Via _____ n. _____
dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda _____
nel profilo professionale di _____

E

(2) Sig/ra _____
nato/a il _____ a _____ (Prov _____)
residente a _____ (Prov _____)
Via _____ n. _____
dipendente a tempo indeterminato dell'Azienda _____
nel profilo professionale di _____
decorso il periodo di prova,

CHIEDONO

ai sensi dell'art. 21 del C.C.N.L. Comparto Sanità 19.04.2004

LA MOBILITA' DI COMPENSAZIONE

Alla presente richiesta si allega:

- Dichiarazione sostitutiva di certificazioni, ovvero dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà riguardante i servizi svolti, con rapporto di dipendenza, presso Pubbliche Amministrazioni, ovvero il servizio in corso
- CURRICULUM formativo e professionale dettagliato ed aggiornato (datato e firmato)

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p>	MOBILITA' DI COMPENSAZIONE	Dipartimento Amministrativo Mod 044 U.O.C. Amministrazione del Personale
--	-----------------------------------	--

Si chiede, inoltre, che ogni eventuale comunicazione in merito venga inviata al seguente indirizzo:

(1) Sig/ra _____

Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ (Prov _____)

Tel. (ufficio/casa) _____ Cell. _____

(2) Sig/ra _____

Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Città _____ (Prov _____)

Tel. (ufficio/casa) _____ Cell. _____

(1) (Firma) _____

(2) (Firma) _____

Luogo e data _____