

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_,  
titolare di incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale presso il  
Distretto di \_\_\_\_\_ Sede di \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- Anzianità assoluta di titolarità di incarico a tempo indeterminato \_\_\_\_\_;
- Voto di Laurea \_\_\_\_\_;
- Anzianità di Laurea \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

Il trasferimento dell'incarico a tempo indeterminato nel Servizio di Continuità Assistenziale, esprimendo tra gli incarichi disponibili per n. 24 ore settimanali, l'ordine di preferenza come in calce riportato.

DISTRETTO	SEDE	DISTRETTO	SEDE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

\_\_\_\_\_  
(Data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)