ALLEGATO 1

Modulo comunicazione ordini di servizio personale

Unità Operativa di originaria assegnazione: _____

Cod. C.d.C. U.O. di originaria assegnazione: _____

Unità Operativa di destinazione: _____

Cod. C.d.C. U.O. di destinazione: _____

Decorrenza: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Matricola (sei cifre) ☐☐☐☐☐☐

Nominativo: _____

Profilo professionale: _____

Data O.d.S.: _____ Firma: _____

Da inoltrare entro 10 giorni dalla data di decorrenza a:

Fax: 0922/407236

Mail: trasferimenti@aspag.it

ALLEGATO 2

Riepilogo mensile ordini di servizio personale

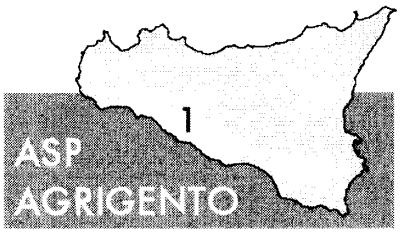
Dipendente		Data	U.O. di inquadramento	
Matricola	Nominativo	Decorrenza	Codice C.d.C. originario	Codice C.d.C. di destinazione

Da inoltrare entro 10 giorni dalla fine del mese di riferimento, alternativamente a:

Fax: 0922/407236

Mail: trasferimenti@aspag.it

ALLEGATO 3



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
AGRIGENTO
Viale Della Vittoria, 321 – 92100AGRIGENTO
Codice Fiscale e partita IVA 02570930848

Prot. n° ***del***

Al Responsabile Servizio AA.GG.
Sviluppo Organizzativo e R.U.

Al Responsabile U.O.S Pianificazione
programmazione, controllo
strategico e C.d.G.

Al Responsabile del Servizio
Sorveglianza Sanitaria

Al _____
(resp. U.O. di provenienza)

Al _____
(resp. U.O. di destinazione)

LORO SEDI

Oggetto: Gestione trasferimenti interni del personale

Con la presente si trasmette la seguente documentazione:

- modulo comunicazione ordini di servizio personale
- Riepilogo mensile ordini di servizio personale per il mese di ____ / 201__

Data _____ Firma _____