

**DA INVIARE AL PROTOCOLLO GENERALE**

Al Direttore
U.O.C. Gestione Risorse Umane
Azienda Ulss 9 Scaligera

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____
_____ il _____ residente a _____ via _____
_____ n. _____ cap _____ in servizio presso l'Unità Operativa/Servizio di _____
_____ sede di _____

Data assunzione il _____

con rapporto di lavoro:

- ☐ a tempo pieno
☐ a tempo parziale orizzontale _____ %
☐ a tempo parziale verticale _____ %

C H I E D E

in relazione all'avviso prot. _____ del _____

di essere trasferito/a presso:

- ☐ UOC Dipendenze Verona – sede di Soave
☐ UOC R.E.M.S. - Nogara
☐ UOC Psichiatria 3 – San Bonifacio
☐ UOC Psichiatria 2 – Bussolengo

Motivazione di tale richiesta

- ☐ altra esperienza
☐ familiare
☐ organizzativa (dell'U.O.)
☐ altro _____

-
- La presente sostituisce le eventuali richieste precedenti.
 - Il dipendente per cui si accoglie la richiesta di trasferimento non può ripresentare un'altra domanda nei due anni successivi.
 - Se il dipendente rifiuta l'assegnazione richiesta non può ripresentare la domanda di mobilità interna per un anno.


PERCORSO FORMATIVO PROFESSIONALE

Esperienze professionali	Struttura _____	U.O. _____	dal _____	al _____
	Struttura _____	U.O. _____	dal _____	al _____
	Struttura _____	U.O. _____	dal _____	al _____
	Struttura _____	U.O. _____	dal _____	al _____
Eventuale formazione post base (master, laurea specialistica...)				
Eventuali competenze acquisite in ambiti specifici				

Data _____

Firma _____

RICHIESTA DI MOBILITA' VOLONTARIA

(art. 5. "Regolamento mobilità interna per personale del Comparto dell'Azienda Ulss 9 Scaligera")

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA PRIORITA' DI ACCESSO ALLA POSTAZIONE RICHIESTA

CRITERI	PARTE DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE	PUNTEGGIO
ANZIANITA' SERVIZIO	Anni di servizio nell'Azienda di appartenenza:	
ESPERIENZA PROFESSIONALE	Pregressa esperienza/competenza nell'attività effettuata nella Sede richiesta: ☐ SI ☐ NO	
	Formazione specifica nell'ambito di interesse: ☐ SI ☐ NO	
SITUAZIONE PERSONALE/ FAMILIARE	Persone con figli a carico da 0 a 6 anni , conviventi (dichiarare D.N.) ☐ SI ☐ NO	
	Persone con figli a carico da 6 a 14 anni , conviventi (dichiarare D.N.) ☐ SI ☐ NO	
	Genitore unico affidatario di figlio minore di 14 anni convivente (dichiarare D.N.) ☐ SI ☐ NO	
	Dipendente con età anagrafica > 60 anni ☐ SI ☐ NO	
RESIDENZA/DOMICILIO	<i>(come dichiarato presso UOC Gestione Risorse Umane)</i> Città/Paese _____ Via /Piazza _____ Distanza Residenza/Domicilio – Sede attuale Km _____ Distanza Residenza/Domicilio – Sede richiesta Km _____	
	TOTALE	

Data _____

Firma _____