

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE  
RIETI**

VIALE MATTEUCCI N. 9 – 02100 RIETI

Centralino: 0746 – 2781

Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

PROT. N. \_\_\_\_\_

(da citare nella risposta)

Struttura Complessa:

Responsabile del procedimento:

Rieti, .....

Al/lla Sig.ra \_\_\_\_\_

Al Dirigente Medico \_\_\_\_\_

Al Dirigente Medico \_\_\_\_\_

Al Coordinatore \_\_\_\_\_

Al Coordinatore \_\_\_\_\_

Uff. Medico Competente \_\_\_\_\_

Uff. Radioprotezione \_\_\_\_\_

Alla Direzione Personale \_\_\_\_\_

Al Controllo di Gestione \_\_\_\_\_

**COMUNICAZIONE DI ASSEGNAZIONE DEL PERSONALE  
DIPENDENTE E NON**

**Dati relativi al dipendente**

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

PROFILO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ CAT. \_\_\_\_\_

**Tipologia rapporto di lavoro**

TEMPO INDETERMINATO \_\_\_\_\_

TEMPO DETERMINATO \_\_\_\_\_

CO.CO.CO. \_\_\_\_\_

**Assegnazione \***

DATA PRESA DI SERVIZIO ( specificare il motivo : assunzione/  
trasferimento, mobilità interna, altro)

SEDE DI SERVIZIO \_\_\_\_\_

UNITA' ORGANIZZATIVA \_\_\_\_\_

CENTRO DI COSTO \_\_\_\_\_

**Dati Rilpres \***

TIPO TURNO \_\_\_\_\_

INDENNITA' \_\_\_\_\_

**Il Dirigente Responsabile**

---