

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI
 Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
 C.F. e P.I. 00821180577

**Al Direttore UOC Amm.ne del Personale
 dipendente a convenzione e collaborazioni**

Oggetto: Proposta CAMBIO TURNO

Il/La sottoscritta qualifica..... matr.

Il/La sottoscritta qualifica..... matr.

In servizio presso l'UOC/ Servizio di

Chiedono di effettuare un cambio turno senza modificare il numero delle presenze programmate e recuperare l'eventuale debito orario.

Turnazione proposta		
Cognome e nome	Qualifica	Turno

Turnazione proposta		
Cognome e nome	Qualifica	Turno

Motivi del cambio turno:

Data

Firma

Firma

- Parere favorevole
- Parere sfavorevole (motivazione)

La/Il coordinatrice/coordinatore

.....

Il DAPS

.....

