

DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE  
Tel. 0774/701142; 0774/701005  
Email: [dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it](mailto:dipartimentoprofessionisanitarie@aslroma5.it)

Al Direttore DPS  
Dott.ssa Luigia Carboni

**Oggetto: interesse cambio sede lavorativa per Infermieri P.O. di Monterotondo**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Matricola n. \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Dipendente della ASL Roma 5 dal \_\_\_\_\_  
In servizio in qualità di Infermiere/a presso il P.O. di \_\_\_\_\_,  
U.O. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ con orario \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_  
Domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail aziendale \_\_\_\_\_

Manifesta interesse ad eventuale trasferimento presso le seguenti UU.OO.:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Per le necessarie valutazioni utili per la formazione di un'eventuale graduatoria allega:

Esperienza professionale \_\_\_\_\_  
Titoli accademici e di studio \_\_\_\_\_  
Curriculum formativo e professionale \_\_\_\_\_  
Situazione personale e familiare \_\_\_\_\_  
Residenza anagrafica \_\_\_\_\_

Data,

FIRMA