

Richiesta cambio turno

DATI DEL DIPENDENTE RICHIEDENTE

Nome e Cognome: _____

Mansione: _____

Reparto: _____

TURNO ATTUALE

Data: ____ / ____ / ____

Orario: _____

TURNO RICHiesto

Data: ____ / ____ / ____

Orario: _____

MOTIVAZIONE DELLA RICHIESTA

CAMBIO CON ALTRO DIPENDENTE

Nome e Cognome: _____

Mansione: _____

Reparto: _____

Firma di consenso: _____

_____, _____

AUTORIZZAZIONE
Coordinatore dei Servizi

SANITASERVICE ASL BT S.r.l. – Società soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BT

Sede legale: 76123 Andria (BT) – Via Fornaci 201

Sede amministrativa: Via Vittore Pisani, 65 - 76123 Andria (BT) – Tel. +39 0883 016703

Capitale Sociale: Euro 120.000 i.v. – CF e PI: 07026330725 – REA: BA-526182

E-mail: segreteria@sanitaserviceaslbat.it

PEC: segreteria@pec.sanitaserviceaslbat.it