

# SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA  
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari  
Sede Operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari - tel. 080 3217901  
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato  
CF - P. IVA 07077140726  
[Email: direzione.amministrazione@asl.bari.it](mailto:direzione.amministrazione@asl.bari.it)  
[Web site: www.sanitaserviceaslba.it](http://www.sanitaserviceaslba.it)

All'Amministratore Unico Sanitaservice ASL BA

## MODELLO DI RICHIESTA N.1

**PER I SOLI LAVORATORI GIA' ASSEGNATI NEGLI OSPEDALI SEGUENTI:** P.O.di Corato, P.O.di Molfetta, P.O.di Terlizzi, P.O. Di Venere-Carbonara Bari , P.O. S.Paolo Bari, P.O.Putignano, P.O.di Monopoli e P.O.della Murgia

### **OGGETTO: RICHIESTA PASSAGGIO DA PART-TIME A FULL-TIME (A SEGUITO ACCORDO SINDACALE DEL 18/09/25)**

Con la presente, il sottoscritto/a .....dipendente di  
codesta spett. Società con la matricola num. ...., attualmente part-time in servizio ....ore/sett.  
presso la sede di ....., reparto.....  
altri dettagli o altro reparto....., in qualità di  
(ausiliario, commesso, ausiliario f.f. commesso,...) .....

### **CHIEDE**

alla S.V. il passaggio all'attività lavorativa con profilo orario a Full-Time (36 ore/settimanali).

Luogo e data\_\_\_\_\_ Per accettazione\_\_\_\_\_.

La presente istanza è subordinata alla verifica aziendale.