

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.2

PER I SOLI LAVORATORI CHE ACCETTERANNO DI ESSERE TRASFERITI 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.di 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 aore/sett.
presso la sede di
struttura di appartenenza (distretto-DSS/ex CTO)....., 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) e
pertanto di essere disponibile al trasferimento in uno dei seguenti due presidi ospedalieri:

_____ (scelta 1)

e/o _____ (scelta 2)

N.B. le due scelte scritte sopra devono essere selezionate esclusivamente tra i seguenti nosocomi:

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.di
Putignano, P.O.di Monopoli e P.O.della Murgia

Luogo e data _____ Per accettazione _____.

La presente istanza è subordinata alla verifica aziendale.