

# SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA

Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari  
Sede Operativa: via Verdi 36-38 – 70123 Bari - tel. 080 3217901 – fax 080 3217916  
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato

CF - P. IVA 07077140726

[E-mail: sanitaservice@asl.bari.it](mailto:sanitaservice@asl.bari.it)

[Web site: www.sanitaserviceaslba.it](http://www.sanitaserviceaslba.it)

All'Amministratore Unico Sanitaservice ASL BA

## OGGETTO: RICHIESTA CAMBIO TURNO

Il/la sottoscritto/a ..... dipendente di codesta  
spett. Società, con la matric.az. num....., presso la sede di .....,  
reparto ..... struttura di appartenenza .....  
(distretto / ospedale), in qualità di .....(ausiliario,commesso,...), recap.  
telef. .... in servizio il giorno \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ col seguente turno assegnato: .....

### CHIEDE RISPETTOSAMENTE IL CAMBIO TURNO ASSEGNATO CON:

Il/la collega (che accetta in sottoscrizione) .....dipend. di codesta  
spett. Società, con la matric.az. num....., presso la sede di .....,  
reparto ..... struttura di appartenenza .....  
(distretto / ospedale), in qualità di .....(ausiliario,commesso,...), recap.  
telef. .... in servizio il giorno \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ col seguente turno assegnato: .....

In attesa di un riscontro, si ringrazia e si saluta cordialmente.

....., li (luogo e data)

Il sottoscritto lavoratore richiedente

Il collega lavoratore che accetta lo scambio del turno

\_\_\_\_\_

Autorizzato dal Referente di Area:.....

Firma autorizzativa:Ref. \_\_\_\_\_

(modulo di richiesta ufficiale aziendale per i dipendenti)

N.B. COMPILARE TUTTO IN STAMPATELLO

autorizza in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_