

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL di Bari
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede operativa: via Dei Bersaglieri, 3 – 70126 Bari – Tel.0803217901 Fax 0803217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

All'Amministratore Unico Sanitaservice ASL BA

OGGETTO: MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Io sottoscritto/a.....matricola.....dipendente
di codesta spett. società, in servizio presso il P.O.:,
reparto....., in qualità di **AUSILIARIO/PULITORE**, dichiara di
essere interessato al seguente trasferimento (barrare una delle seguenti scelte):

- ☐ 1 unità dal P.O. DI VENERE al Distretto di Casamassima;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI VENERE al Distretto Unico Bari via Appulo Guglielmo;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI VENERE al CSM via Podgora Bari;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI VENERE al Distretto 11 Poliambulatorio di Mola di Bari;
- ☐ 1 unità dal P.O. SAN PAOLO al Distretto 9 Modugno;
- ☐ 1 unità dal P.O. SAN PAOLO al Distretto 3 ex-P.O. di Bitonto;
- ☐ 1 unità dal P.O. SAN PAOLO al Distretto Unico via Fani Bari;
- ☐ 1 unità dal P.O. SAN PAOLO al Distretto 11 Rutigliano;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI PUTIGNANO al Distretto 14 Castellana Grotte;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI PUTIGNANO al Distretto 14 Locorotondo;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI PUTIGNANO al Distretto 14 Monte Laureto;
- ☐ 1 unità dal P.O. DI PUTIGNANO alle due sedi lavorative coprendo 3 ore/giorno al Distretto 13 Casamassima e 3 ore/giorno al Distretto 13 Turi.

Data ____/____/ 2026

Firma _____

N.B. Si allega documento di riconoscimento in corso di validità