



Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

"Saverio de Bellis"

Ente Ospedaliero Specializzato in Gastroenterologia

via Turi n°27 - 70013 Castellana Grotte - Bari

C.F. – P.IVA: 00565330727

Ente di diritto pubblico D.M. del 31-3-1982



Dasa-Rägiſter

EN ISO 9001:2008
IQ-1208-14

Al Direttore /Dirigente Responsabile

della U.o. di _____

Sede

Oggetto: Cambio Turno

Il sottoscritto _____

in servizio presso l'U.o. di _____

con qualifica di _____

CHIEDE
di poter fruire di

☐ CAMBIO TURNO **di servizio**

☐ CAMBIO TURNO **di pronta disponibilità**

In data _____ turno previsto _____ nuovo turno _____

con _____ turno previsto _____ nuovo turno _____

In data _____ turno previsto _____ nuovo turno _____

con _____ turno previsto _____ nuovo turno _____

Castellana Grotte, il _____

Firma dei dipendenti

1) . _____ .

2) . _____ .

Nulla osta
il Dirigente Referente /
Coordinatore / Referente di Comparto di U.o.

Si autorizza
il Direttore / Dirigente Responsabile della U.o.

N.B. : Il modulo, correttamente compilato, per la registrazione di servizio va consegnato all'Ufficio Rilevazione presenze il venerdì di ogni settimana o l'ultimo giorno lavorativo di fine mese.