

Alla UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

e, p.c. Struttura di afferenza *(specificare)*

Loro Sedi

Oggetto: Richiesta di ripristino tempo pieno

La sottoscritta _____,
nata _____(____), il _____, e residente a
_____ (____), Via
_____ n.____,CAP_____, dipendente a
tempo parziale di questo Policlinico in qualità di _____
assegnato/a alla struttura (AF/UOC/UOSD etc.) di _____
n. tel. servizio _____

CHIEDE

il ripristino del rapporto di lavoro a tempo pieno a decorrere dal _____.

Distinti saluti.

Data ___ / ___ / _____

In fede
