



SANITASERVICE ASL BR

L'Amministratore Unico dott. Francesco Zingarello Pasanisi
il: amministrazione@sanitaservice.asl.brindisi.it
PEC sanitaservice.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

COMUNICAZIONE – dipendenti SET118

CAMBI COMPENSATIVI

La Sanitaservice Asl Br S.r.l. potrà prendere in considerazione per agevolare al meglio i suoi dipendenti eventuali istanze in cui il/la dipendente vorrà indicare la richiesta di spostamento in altra sede/postazione in regime di cambio compensativo, indicando, anche in maniera congiunta, i nominativi di entrambi i colleghi **APPARTENENTI ALLA STESSA QUALIFICA** che potrebbero essere scambiati tra due postazioni.

Possono presentare richiesta tutti coloro che siano dipendenti a tempo indeterminato della SANITASERVICE ASL BR s.r.l. nel servizio trasporto Emergenza-Urgenza 118 a tempo indeterminato, in cat. B e in cat. C (soccorritori e autisti-soccorritori), secondo la modulistica allegata.

Si chiarisce che in caso di accoglimento del cambio compensativo, saranno reciprocamente scambiati, oltre alla sede, anche la turnazione e il piano ferie già approvato, al fine di garantire le esigenze di servizio nel periodo compreso tra il 1 giugno 2023 ed il 30 settembre 2023 oppure sarà garantito non appena possibile al fine di non arrecare alcun disservizio alle postazioni.

Nell'ipotesi in cui la Società dovesse ricevere più istanze di cambi per le medesime postazioni, sarà verificata la posizione utile in graduatoria per individuare il dipendente avente diritto.

Brindisi, 01/06/2023.

L'Amministratore Unico

Dott. Francesco Zingarello Pasanisi



Fax 0831510078

E-mail amministrazione@sanitaservice.asl.brindisi.it

PEC sanitaservice.asl.brindisi@pec.rupar.puglia.it

MODELLO CAMBIO COMPENSATIVO

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____

dipendente della Sanitaservice Asl Br S.r.l. matr. _____, nel servizio di TRASPORTO

EMERGENZA/URGENZA 118 IN QUALITA' DI* _____

CATEGORIA _____ presso LA SEDE DI _____

MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE ALLA ASSEGNAZIONE PRESSO LA SEDE DI

Effettuando un cambio compensativo con il/la collega

_____ matr. _____

_____, ____/____/____

(luogo e data

Firma dei dipendenti

*SPECIFICARE SE AUTISTA/SOCCORRITORE O SOCCORRITORE (i cambi compensativi potranno essere presi in considerazione solo tra dipendenti appartenenti alla stessa categoria)

Società Unipersonale della ASL di Brindisi

Soggetta a direzione e coordinamento da parte dell'ASL BR ai sensi dell'art. 2497 e ss. c.c.

www.sanita.puglia.it/web/asl-brindisi/sanitaservice

Sede Legale Via Napoli n.8 - Sede Operativa Piazza Di Summa 72100 Brindisi

C.F. – P. Iva n. 02282380746