

REGIONE EMILIA-ROMAGNA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

Al Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane  
Azienda USL – Imola

**RICHIESTA DI PASSAGGIO AL RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO PIENO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_,  
in servizio a tempo indeterminato con rapporto di lavoro a tempo parziale/impegno orario ridotto di  
tipo \_\_\_\_\_ della durata \_\_\_\_\_  
nella qualifica di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_

CHIEDE

ai sensi della normativa vigente, il ritorno al rapporto di lavoro a tempo pieno, a decorrere dal  
\_\_\_\_\_ .

Imola, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_