

| | | |
|---|---|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna |  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  |

RECESSO DAL RAPPORTO DI LAVORO

**Al Direttore del Servizio Unico Metropolitano
Amministrazione Giuridica del Personale**

Per il tramite del

**Centro per la gestione amministrativa e giuridica
del personale/Sportello qualificato**

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____
 dipendente dell'Azienda/Istituto _____
 in qualità di (indicare il profilo professionale) _____
 con rapporto di lavoro ☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato
 presso (indicare Macrostruttura e UO di appartenenza) _____

COMUNICA

(selezionare una delle seguenti alternative: A oppure B oppure C e compilare il punto D se interessati)

A. Il proprio recesso dal _____ (ultimo giorno il _____)
 con preavviso dal _____

oppure di non essere tenuto al preavviso per il seguente motivo:

☐ le dimissioni sono presentate durante il periodo in cui è previsto il divieto di licenziamento, ossia dall'inizio del periodo di gravidanza fino al termine dei periodi di interdizione dal lavoro previsti in caso di congedo di maternità, nonché fino al compimento di un anno di età del bambino (art. 55, comma 1, D.Lgs. n. 151/2001);

☐ avendo superato la prima metà di servizio effettivo del periodo di prova previsto dal CCNL vigente.

SOLO per coloro che recedono a seguito di assunzione a tempo indeterminato presso altra Pubblica Amministrazione e ai fini del diritto alla conservazione del posto

Di assumere servizio presso l'Azienda/Ente _____ dal _____

☐ con svolgimento del periodo di prova di mesi _____

☐ con esonero dal periodo di prova

B. Il proprio recesso con diritto a **pensione** dal _____ (ultimo giorno il _____)
 con preavviso dal _____

C. Il proprio recesso per accesso all'**APE sociale** dal _____ (ultimo giorno il _____)
 con preavviso dal _____

D. La propria volontà di donare a titolo gratuito, rinunciando alla corrispettiva fruizione, parte delle ferie residue all'atto della cessazione del rapporto, per un numero totale pari a n. _____ giorni, nel rispetto della misura massima contrattualmente prevista di 12 giorni/anno, affinché siano destinati al Fondo Ferie Solidali Aziendale (Ferie e riposi solidali)

| | | |
|---|---|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna |  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  |

Dichiara di essere consapevole:

- che **il periodo di preavviso deve essere lavorato** e, in mancanza, di essere tenuto al pagamento dell'indennità sostitutiva per l'importo corrispondente ai giorni di preavviso non lavorati;
- di essere tenuto all'atto della cessazione a restituire quanto ricevuto in consegna dall'Azienda/Istituto per esigenze di servizio (es. badge, tessera di parcheggio auto, divisa) e di essere, altresì, consapevole che l'appropriazione indebita di tale materiale è penalmente perseguibile;
- di dover concordare con il proprio Responsabile una pianificazione finalizzata alla completa fruizione delle eventuali ferie maturate alla data di cessazione del rapporto, al netto del numero di giorni di ferie volontariamente donati e destinati al Fondo Ferie Solidali Aziendale, **in quanto l'attuale normativa vieta la monetizzazione delle ferie maturate e non godute** (art. 5, comma 8, D.L. n. 95/2012 convertito con L. n. 135/2012);
- di quanto disposto dal comma 16-ter dell'art. 53 D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm., e, pertanto, laddove nell'esercizio delle proprie funzioni abbia esercitato poteri autoritativi e/o negoziali, **si impegna** a non svolgere, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio, dell'attività dell'Azienda svolta attraverso i medesimi poteri;
- che il personale sanitario che interrompe volontariamente il rapporto di lavoro dipendente con una struttura sanitaria pubblica per prestare la propria attività presso un operatore economico privato che fornisce i servizi di cui all'art. 10 D.L. n. 34/2023, convertito in L. n. 56/2023, in regime di esternalizzazione, non può chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il S.S.N.

Chiede di ricevere tutte le eventuali comunicazioni dell'Azienda/Istituto al seguente recapito:

indirizzo _____ tel. _____ e-mail/PEC _____

Luogo e data

Firma del dipendente

DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTORE U.O./RESPONSABILE DI AFFERENZA

Visto si dà atto che il/la dipendente:

- ☐ ha rispettato i termini di preavviso previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL. e/o dal contratto individuale;
- ☐ ha rispettato parzialmente i termini di preavviso per n. _____ giorni e si chiede l'applicazione dell'indennità sostitutiva per i giorni di preavviso non resi in quanto il mancato rispetto di tali termini pregiudica la funzionalità della struttura;
- ☐ non ha rispettato i termini di preavviso previsti dai vigenti CC.CC.NN.LL. e/o dal contratto individuale e, in tal caso, si chiede l'applicazione dell'indennità sostitutiva in quanto il mancato rispetto di tali termini pregiudica la funzionalità della struttura;
- ☐ non ha rispettato i termini di preavviso ai quali si rinuncia consensualmente per i seguenti motivi:

(La valutazione sulla rinuncia ai termini di preavviso deve evidenziare specifici e dimostrabili vantaggi per l'Azienda/Istituto)

| | | |
|---|---|---|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna |  Istituto delle Scienze Neurologiche Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola |  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico |  |

- ☐ ha effettuato una programmazione delle ferie maturate, al netto dei giorni di ferie volontariamente donati al Fondo Ferie Solidali Aziendale, e di recupero delle ore eccedenti entro la data di cessazione del rapporto di lavoro totale / parziale (*sottolineare la voce di interesse*);
- ☐ la data di cessazione del rapporto di lavoro comunicata dal dipendente non ha consentito oggettivamente alcuna programmazione e fruizione delle ferie maturate, nonché il recupero delle ore eccedenti entro la data stessa.

Luogo e data

Firma del responsabile

Si precisa che:

- I termini di preavviso per i rapporti a tempo indeterminato **decorrono dal giorno 1 o dal giorno 16 di ciascun mese.**
- I termini di preavviso sono i seguenti:

a) Dipendenti a tempo INDETERMINATO

Area Comparto:

- 1 mese in caso di anzianità di servizio in Azienda/Istituto inferiore a 5 anni
- 1 mese e mezzo in caso di anzianità di servizio in Azienda/Istituto compreso tra 5 e 10 anni
- 2 mesi in caso di anzianità di servizio in Azienda/Istituto superiore a 10 anni

Aree della Dirigenza: 3 mesi

b) Dipendenti a tempo DETERMINATO

Area Comparto e Aree della Dirigenza: il termine di preavviso, per i dipendenti a tempo determinato, è fissato in un giorno per ogni periodo di lavoro di 30 giorni contrattualmente stabiliti e non può, comunque, superare i 15 giorni nelle ipotesi di durata dello stesso superiore all'anno.

E' nullo il recesso della lavoratrice comunicato nel periodo intercorrente dal giorno della richiesta delle pubblicazioni di matrimonio a un anno dopo la celebrazione, salvo che il recesso sia dalla medesima confermato entro un mese all'Ispettorato del Lavoro competente per territorio (art. 35 D.Lgs. n. 198/2006).

Il recesso della lavoratrice comunicato durante il periodo di gravidanza o della lavoratrice/lavoratore entro il terzo anno di vita del bambino o entro il terzo anno di accoglienza del minore adottato o, in caso di adozione internazionale, nei primi tre anni decorrenti dal momento della comunicazione della proposta di incontro con il minore adottando, ovvero della comunicazione dell'invito a recarsi all'estero per ricevere la proposta di abbinamento, deve essere convalidato dall'Ispettorato del Lavoro competente per territorio; la risoluzione del rapporto di lavoro è condizionata a detta convalida (art. 55, comma 4, D.Lgs. n. 151/2001 e ss.mm.).

Si ricorda che, all'atto della cessazione del rapporto di lavoro, il dipendente sottoposto a sorveglianza sanitaria ha diritto a ricevere **copia della cartella sanitaria e di rischio.**