

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

ASPETTATIVA PER ASSUNZIONE CON CONTRATTO DI LAVORO
A TEMPO INDETERMINATO con incarico di Struttura Complessa presso altra Azienda

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa _____,
nato/a a _____ il _____, matricola n. _____, dipendente
di questa Azienda presso il Servizio _____ nella posizione
funzionale di _____,
DICHARA, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, di
instaurare un rapporto di lavoro a tempo indeterminato nella posizione funzionale di
_____ presso l'Azienda
_____, pertanto

CHIEDE

di essere collocato in aspettativa senza assegni, per la durata di sei mesi, a decorrere dal
_____, ai sensi dell'art. 10 comma 8 lett. a) del C.C.N.L. Integrativo del 10.02.2004 Area
Dirigenza Medica e Veterinaria/ Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa.

DICHIARO di essere a conoscenza che le eventuali ferie residue risultanti al momento della
cessazione definitiva del rapporto di lavoro NON verranno in alcun modo monetizzate.

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali
contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nel rispetto della
vigente normativa a tutela della privacy.

E' consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Azienda U.S.L. verranno applicate le sanzioni
penali previste e la decadenza del beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data, _____

Firma _____

Domicilio o Recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione:

_____ tel/cell _____

Da compilare a cura dell'Ufficio

Visto, si attesta che il dichiarante _____
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e previamente
identificato, ha reso e sottoscritto in mia presenza la suesposta dichiarazione.

(timbro d'ufficio) _____

Il dichiarante presenta copia del documento di identità _____

Al Direttore/Responsabile del..... per conoscenza.

Ufficio Cessazione Rapporto di Lavoro