

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

ASPETTATIVA PER CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO
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 _____,
DICHIARA, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28.12.2000 n. 445, di aver
ricevuto l'invito a stipulare un contratto di lavoro a tempo determinato nella posizione funzionale di
_____ presso l'Azienda
_____, pertanto

CHIEDE

di essere collocato in aspettativa senza assegni, a decorrere dal _____, ai sensi
dell'art. 10 - comma 8, lett.b - C.C.N.L. 10.02.2004 Area Dirigenza Medica e Veterinaria/ Dirigenza
Sanitaria Professionale Tecnica e Amministrativa.

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:

Da compilare a cura dell'Ufficio

Visto, si attesta che il/la 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 e parere in merito.*

Ufficio Piante Organiche