



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

## RECESSO DAL RAPPORTO DI LAVORO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_, dipendente di  
questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo determinato/indeterminato presso il Servizio  
\_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, comunico di recedere dal rapporto di lavoro  
suddetto a decorrere dal giorno \_\_\_\_\_ (primo giorno non lavorato).

A tal fine mi impegno a presentare entro 5 giorni lavorativi la dichiarazione di convalida  
della Direzione Provinciale del Lavoro di \_\_\_\_\_ in quanto:

☐ **le dimissioni si collocano nel periodo coperto dalla maternità** (gravidenza, primi tre anni di vita  
del bambino, primi tre anni di accoglienza di minore adottato o in affidamento, primi tre anni decorrenti dalle  
comunicazioni di cui all'art. 54 c.9 D.Lgs. 151/2001 in caso di adozione internazionale)  
N.B.: applicabile anche al lavoratore per il principio di parità

☐ **le dimissioni si collocano nel periodo compreso tra il giorno della richiesta delle  
pubblicazioni e l'anno successivo alla celebrazione del matrimonio**

Dichiaro di essere informato:

1. che i giorni di ferie maturati dovranno essere da me usufruiti entro la data di cessazione
2. che, nel caso di mancata presentazione della dichiarazione di convalida di cui sopra, le presenti  
dimissioni sono da ritenersi nulle e quindi prive di effetti
3. che, qualora in relazione alle predette dimissioni io richieda la pensione anticipata, copia di tale  
domanda di pensione dovrà essere inoltrata a codesta Azienda

Dichiaro, inoltre, di \_\_\_\_\_ stipulato un altro rapporto di lavoro con  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ - n. tel./cell. \_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a consento 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.

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

Firma \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura dell'Ufficio**

Al Direttore del \_\_\_\_\_ per conoscenza.

Ufficio Cessazione Rapporto di Lavoro

PER EVENTUALI ADEMPIMENTI:

STIP. \_\_\_\_\_ PRES/ASS \_\_\_\_\_ LIB.PROF. \_\_\_\_\_ CONC. \_\_\_\_\_ SUPP.AMM. \_\_\_\_\_ ASS. \_\_\_\_\_ PENS. \_\_\_\_\_ CONT.GEST \_\_\_\_\_