

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

ASPETTATIVA PER MOTIVI PERSONALI FINALIZZATA AD ASSUNZIONE CON CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO sottoposto a periodo di prova 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
instaurare un rapporto di lavoro a tempo indeterminato, sottoposto a periodo di prova, nella
posizione funzionale di _____ presso
l'Azienda _____, pertanto

CHIEDE

di essere collocato in aspettativa per motivi personali senza assegni, per la durata del periodo di
prova, a decorrere dal _____, ai sensi dell'art. 14 del C.C.N.L. 08.06.2000 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