

916T/2b
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

**TRASFERIMENTO PRESSO ALTRA AZIENDA SANITARIA
Comunicazione di preavviso**

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa _____,
nato a _____ il _____,
matricola n. _____, dipendente di questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo
indeterminato 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
comunicazione di assenso al trasferimento presso l'Azienda _____
_____ nella medesima posizione funzionale, pertanto

COMUNICA

il trasferimento presso la suddetta Azienda, a decorrere dal giorno _____, ai sensi dell'art.
20 del C.C.N.L. 08.06.00 Area Dirigenza Medica e Veterinaria/ Dirigenza Sanitaria Professionale
Tecnica e Amministrativa, nel rispetto dei tempi di preavviso ivi previsti.

Il/la sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda U.S.L. di Imola il trattamento dei dati personali di cui al D.Lgs.
196/2003 e contenuti nel presente documento per lo svolgimento delle sue funzioni istituzionali e nei limiti di legge.
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/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/la dichiarante presenta copia del documento di identità _____

Al Responsabile del _____ per conoscenza.

Ufficio Cessazione Rapporto di Lavoro