

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

TRASFERIMENTO PRESSO ALTRA AZIENDA SANITARIA
Richiesta di assenso

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 qualifica 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 area e disciplina, pertanto

CHIEDE

l'assenso al 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.

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 sopra riportata dichiarazione.

(timbro d'ufficio) _____

Il/la dichiarante presenta copia del documento di identità _____

*Al Responsabile/Direttore del _____ per conoscenza e
parere in merito precisando che, qualora le esigenze di servizio rendano necessario richiedere l'intero
preavviso (3 mesi) la comunicazione del rinvio della data di decorrenza deve pervenire al dipendente entro
10 giorni dalla richiesta.*

Ufficio Cessazione Rapporto di Lavoro