

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA**

**Al Direttore dell'Unità Operativa Risorse Umane**  
**Azienda USL - Imola**

**ASPETTATIVA PER "GRAVI E DOCUMENTATI MOTIVI"**  
**ai sensi dell'art. 12 comma 8 lett. c del CCNL integrativo – 20.09.2001"**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_, dipendente a  
tempo indeterminato di questa Azienda presso il Servizio \_\_\_\_\_, nel  
profilo di \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

di poter usufruire di un periodo di aspettativa per "gravi e documentati motivi" ai sensi dell'art. 12  
comma 8 lett.C del CCNL Integrativo – 20.09.2001", dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_,  
per le seguenti motivazioni:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il soggetto per il quale si chiede il congedo ha il seguente grado di parentela o di affinità:

\_\_\_\_\_

A tal fine si allega:

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_

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.

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**Da compilare a cura dell'Ufficio**

*Al Responsabile del Servizio Medicina Legale per parere di compatibilità ex art.2 D.P.C.M.278/2000.*

*Al Direttore \_\_\_\_\_ per conoscenza.*

*Ufficio Selezione e Gestione Rapporto di Lavoro*