



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

**RICHIESTA ATTESTAZIONE RELATIVA ALLE ASSENZE AI FINI DELL'APPLICAZIONE DELLE  
PENALIZZAZIONI SULLA PENSIONE**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_, dipendente di questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_, chiedo il rilascio dell'attestazione delle assenze, ai fini delle penalizzazioni sulla pensione previste dall'art. 6 comma 2-quater del D.L. 216/2011, convertito con Legge 14/2012.

A tal fine dichiaro:

di aver effettuato periodi di astensione per maternità:

data di nascita 1° figlio \_\_\_\_\_

data di nascita 2° figlio \_\_\_\_\_

data di nascita 3° figlio \_\_\_\_\_

di aver usufruito di congedo straordinario per assistenza familiari con handicap grave ex art. 42 del D.Lgs.151/01 dal \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere a conoscenza che l'Azienda USL di Imola produrrà la suddetta attestazione limitatamente alle assenze reperibili nei suoi archivi e che, in ogni caso, risulta impossibilitata ad attestare ulteriori eventi di assenza - ancorché regolarmente retribuita al 100% e utile ai fini pensionistici - tenuto conto che molte tipologie di assenze sono soggette a scarto d'archivio.

Dichiaro di essere altresì a conoscenza che verranno attestate solo le assenze effettuate durante il servizio presso l'Azienda USL di Imola ed enti confluiti, con esclusione quindi dei periodi di attività lavorativa presso altri enti pubblici o privati.

Dichiaro, infine, di essere a conoscenza del fatto che l'Azienda non accoglierà domande di revoca della risoluzione del rapporto di lavoro motivate dai nuovi futuri orientamenti INPS in merito alla definizione delle tipologie di assenze che comportano penalizzazioni sull'importo di pensione.

Chiedo che la documentazione richiesta mi sia recapitata con le seguenti modalità:

- invio tramite posta all'indirizzo sotto indicato
- invio al Patronato da me delegato (vedasi delega allegata)
- ritiro diretto presso l'Ufficio Cessazione Rapporto di Lavoro
- invio tramite Posta Elettronica Certificata (vedasi indirizzo sotto indicato)

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

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

**P.E.C.** \_\_\_\_\_

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.

**Si allega copia documento di riconoscimento in corso di validità**

Distintamente.

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

Firma \_\_\_\_\_