

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE - IMOLA

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

**ASPETTATIVA PER CONTRATTO DI LAVORO A TEMPO DETERMINATO
 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 aver
 ricevuto l'invito a stipulare un contratto di lavoro a tempo determinato della durata di
 _____ nella qualifica di _____
 presso l'Azienda _____, pertanto

CHIEDE

di essere collocato in aspettativa senza assegni, per il periodo dal _____
 al _____, per lo svolgimento del contratto medesimo ai sensi dell'art. 10 -
 comma 8, lett. b - C.C.N.L. 10.02.2004 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
 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:

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 dichiarante presenta copia del documento di identità _____

*Al Direttore del _____
 per conoscenza e parere in merito alla decorrenza.*

Ufficio Selezione e Gestione Rapporto di Lavoro