



Al Direttore del SUMAP sede Imola

**TRASFERIMENTO PRESSO ALTRA AMMINISTRAZIONE
Richiesta di assenso
ai sensi dell'art. 52 – Comparto Sanità – 21.05.2018**

Il sottoscritto _____, nato a _____ il _____, matricola n. _____, dipendente di questa Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato presso il Servizio _____ nel profilo di _____, DICHIARA, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, di aver ricevuto comunicazione di assenso al trasferimento presso l'Azienda/Ente _____ nel medesimo profilo, pertanto RICHIEDE a codesta Amministrazione il consenso al trasferimento suddetto, ai sensi dell'art. 52 del CCNL – Comparto Sanità sottoscritto in data 21.05.2018.

Chiede, inoltre, che il trasferimento presso la suddetta Amministrazione possa decorrere dal giorno _____. Specifica inoltre che:

- la data di decorrenza è stata condivisa con la Direzione di appartenenza
- la data di decorrenza NON è stata condivisa con la Direzione di appartenenza

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:

Via _____ città _____ cap _____

tel./cell. _____ mail _____

Da compilare a cura dell'Ufficio

Visto, si attesta che il 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.

Il dichiarante presenta copia del documento di identità _____

Al Direttore del _____ per conoscenza e parere in merito.
Ufficio Concorsi

PARERE: _____

Data _____

Firma _____