

**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, ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs.502/92**

Il/la sottoscritto/a Dr./D.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, matricola n. \_\_\_\_\_,  
dipendente di questa Azienda 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  
stipulato un contratto di lavoro a tempo determinato, ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs.502/92 e  
successive modifiche ed integrazioni, per il periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
presso l'Azienda \_\_\_\_\_, pertanto

**CHIEDE**

di essere collocato in aspettativa senza assegni, per il periodo corrispondente alla durata del  
contratto medesimo, ai sensi dell'art. 10 comma 8 lett.b del C.C.N.L. Integrativo – 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 di cui  
alla L. 31.12.96, n.675 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:

\_\_\_\_\_

**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.*

*Ufficio Selezione e Gestione Rapporto di Lavoro*