

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it

Il/la sottoscritto/a _____

matr.n. _____ in servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di _____

_____ ed

assegnato/a presso _____

residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

la concessione, nella previsione di cui all'art.18 della L.183/2010 e s.m.i. , di un periodo di aspettativa non retribuita, dal _____ al _____, per intraprendere :

un'attività autonoma che consiste in (da indicare l'ambito in cui si intende avviare l'attività e in quale forma): _____

un'attività professionale che consiste in (da indicare le eventuali iscrizioni ad albi o abilitazioni):

Il sottoscritto/a dichiara che l'attività che si intende intraprendere non consiste in un rapporto di lavoro di tipo subordinato, non genera conflitto di interesse, anche potenziale, con le attività proprie dell'Azienda Ospedaliera Complesso Ospedaliero San Giovanni Addolorata né è idoneo a compromettere l'immagine dell'Azienda medesima

Il sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

Si allega copia di un proprio documento di identità.

Data _____

firma _____