

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.10, comma 1 del CCNL integrativo del personale dell'Area della
Dirigenza Medica del 10/02/2004, di un periodo di aspettativa senza diritto alla retribuzione e senza
decorrenza dell'anzianità, dal _____ al _____ per i motivi di
seguito indicati (nel caso i motivi fossero connessi a problemi di salute deve essere allegata certificazione
medica priva di diagnosi): _____

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).

Il sottoscritto/a, inoltre, dichiara di essere consapevole che durante il periodo di aspettativa non è
consentito svolgere alcun tipo di attività lavorativa, ferma restando la sussistenza anche nel periodo di
aspettativa del regime delle incompatibilità, che vincolano tutti i pubblici dipendenti, stabilite dall'art.60
del T.U. n.3/1957 e dell'art. 53 del D.Lgs. n.165/2001 e s.m.i.

Si allega copia di un proprio documento di identità.

Data _____ firma _____