

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.1, comma 1 del CCNL integrativo dell'Area della Dirigenza SPTA 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 _____