

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata  
[ao.sga@pec.hsangiovanni.roma.it](mailto: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 8 lett.a) 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 della durata di sei mesi, ovvero per la durata del periodo di prova presso \_\_\_\_\_

ove prenderà servizio con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, a decorrere dal \_\_\_\_\_ in  
qualità di Direttore \_\_\_\_\_

(si allega copia della proposta di assunzione).

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 \_\_\_\_\_