

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.14, comma 9 del CCNL dell'Area della Dirigenza SPTA del 08/06/2000, di un periodo di aspettativa senza diritto alla retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità, a decorrere dal _____ per la durata di sei mesi, ovvero per la durata del periodo di prova presso _____

ove prenderà servizio a decorrere dal _____ con rapporto di lavoro a tempo indeterminato nel profilo di _____ (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 _____