

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.40, comma 9 del CCNL del 2019/2021, di conservazione del posto senza diritto alla retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità, a decorrere dal \_\_\_\_\_ e per tutta 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 \_\_\_\_\_