

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.4, comma 2, della L.53/2000 e del DM 278/2000, di un periodo di congedo per gravi motivi di famiglia senza assegni dal _____ al _____ per il seguente motivo: _____

A tal fine allega la documentazione del medico specialista del SSN o con esso convenzionato o del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta o della struttura sanitaria nel caso di ricovero o intervento chirurgico che attesti la motivazione della richiesta (tale documentazione dovrà essere posta in busta chiusa con contrassegno "DA NON APRIRE").

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 _____