

Al Direttore Generale
ASP Catanzaro

E, p.c.

Al Direttore dell'U.O.

LORO SEDE

Il/la SOTTOSCRITT _____

NAT ___ A _____ IL _____ RESIDENTE A _____
IN VIA _____ (domicilio _____)
Cellulare _____ Cod. Fisc. _____
IN SERVIZIO PRESSO QUESTA AZIENDA SANITARIA CON CONTRATTO A TEMPO PIENO ED A TEMPO
INDETERMINATO PRESSO L'U.O. _____
CON LA QUALIFICA DI _____ DISCIPLINA _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 10, del CCNL integrativo del CCNL della Dirigenza SPTA 8/06/2000 sottoscritto in data 10/02/2004, un periodo di aspettativa senza retribuzione e senza decorrenza dell'anzianità per:

___ motivi personali – comma 1°)

___ motivi di famiglia – comma 1°)

___ motivi di famiglia - educazione e assistenza figli fino al 6° anno di età (comma 5°)

___ per un periodo massimo di sei mesi per per assunzione presso la stessa azienda o altra azienda ovvero ente o amm.ne del comparto con rapporto di lavoro a tempo indeterminato ed incarico di direzione di struttura complessa, ai sensi dell'art. 15 e segg. Del D.Lgs 30/12/92, n. 502 (comma 8) lett. a);

___ per tutta la durata del contratto di lavoro a termine se assunto con rapporto di lavoro ed incarico a tempo determinato presso la stessa o altra azienda o ente del comparto ovvero in altre pubbliche amministrazioni di diverso comparto (art. 24, comma 13 del CCNL firmato in data 03/11/2005);

___ per la durata di anni due per gravi e documentati motivi di famiglia individuati - ai sensi dell'art. 4, T.U. 151/2001 e smi(regolamento interministeriale 21/07/2000, n. 278 anche frazionata);

decorrenza dal _____ al _____
(ultimo giorno lavorativo utile in servizio _____)
(giorno lavorativo rientro in servizio _____)*

Dichiara di aver /non aver fruito di periodi di aspettativa _____

Lì _____

Il/la dipendente _____

Spazio riservato al parere del Dirigente della struttura di appartenenza:

- Il Dirigente _____ esprime il proprio nulla osta per l'aspettativa richiesta.
- Il Dirigente _____ esprime parere sfavorevole per l'aspettativa richiesta per le seguenti motivazioni: _____
- Il Dirigente * _____ prende atto di dover comunicare all'U.O. G.R.U. la ripresa del servizio del dipendente nel giorno di rientro (via fax n. 0961 7033463 o pec gestionerisorseumane@pec.asp.cz.it)

li _____

Il Dirigente _____

timbro e firma