Al Direttore Generale
Istituto Oncologico Veneto IRCCS

OGGETTO: Modulo dimissioni / cessazione dal servizio – DIRIGENZA.

Il/La sottoscritto/a ……………………………………………….………………… matr. ………... nato/a il ……/….…/………........

quale dipendente con la qualifica di ……………………………...……… in servizio presso ………………………………….

CHIEDE

di risolvere il rapporto di lavoro a tempo: □ INDETERMINATO □ DETERMINATO

a decorrere dal: ……../…..…/……………… **(indicare il primo giorno non lavorato)**

□ 1) per dimissioni volontarie (art. 105 CCNL 19.12.2019 Area Sanità; Art. 33 CCNL 05.12.1996 Area Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa);

Indicare l'eventuale nuovo datore di lavoro se Ente pubblico ………………………………………………..

Indicare se presso il nuovo datore di lavoro pubblico si è sottoposti a periodo di prova (indicare il nr. dei mesi) ……………………………...…

□ 2) per dimissioni volontarie con diritto a pensione di anzianità;

□ 3) per acquisizione del diritto alla pensione di vecchiaia.

DICHIARA

di essere a conoscenza:

- della possibilità di ritirare presso il Servizio di Medicina Preventiva copia della propria cartella clinica ai sensi dell'art. 25 del D.lgs. 81/2008;
- di non poter effettuare le ferie residue durante il preavviso, ai sensi dell'art. 83 CCNL 23.01.2024 Area Sanità e art. 38 CCNL 05.12.1996 Area Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa;
- dell'obbligo di restituire il cartellino identificativo ed il badge marcatempo in busta chiusa alla UOC Gestione Risorse Umane – ufficio verifica presenze;
- dell'obbligo di comunicare alla UOC Gestione Risorse Umane qualsiasi variazione dei seguenti dati anagrafici che dovesse verificarsi entro il biennio dalla cessazione del servizio:

Residenza fiscale
Indirizzo: ………………………………………… n. …... Località ………………………………… CAP ………..
Contatti
Cellulare: …………………………...…………. Email: ……………………………………………...............
Coordinate bancarie
IBAN:

DICHIARA, altresì

□ di voler cedere □ di <u>non</u> voler cedere

eventuali ferie residue non godute ed eccedenti le quattro settimane annuali di cui deve necessariamente fruire ai sensi dell'art. 10 del D.lgs. n. 66/2003 e delle quattro giornate di riposo di cui alla L. n. 937/1977 alla "**Banca delle ferie solidali**" dell'Istituto di cui al Regolamento Aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 340 del 30.04.2021.

DATA ……………………… **FIRMA** …………………………...……………

- -

<u>RISERVATO AL RESPONSABILE / DIREZIONE MEDICA</u>

Per presa visione del Responsabile ………………………………………

Si chiede il recupero del mancato preavviso per n. giorni: ………………

Per presa visione del Direttore della UOC Direzione Medica Ospedaliera …………………………………………………...……
(per personale ruolo sanitario e socio sanitario)

- -

<u>RISERVATO ALLA UOC GESTIONE RISORSE UMANE</u>

Si dispone il recupero del mancato preavviso per gg. ………….

IL DIRETTORE
UOC GESTIONE RISORSE UMANE

- -

1- Originale Risorse Umane
2- Copia Direzione Afferenza
3- " Medicina Preventiva
4- " Direzione Medica / Servizio Professioni Sanitarie
5- " Servizi informatici