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 poter effettuare le ferie residue durante il preavviso, ai sensi dell'art. 20 CCNL 27.02.2026 Area Sanità e art. 16 CCNL 23.02.2026 Area Funzioni Locali (Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa), compatibilmente con le esigenze organizzative e tenuto conto delle esigenze del dirigente;
- 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** ……...……

- - - -