

**OGGETTO: CESSAZIONE DAL SERVIZIO**

Il /La sottoscritto /a .....  
matr.....Nato/a il.....quale dipendente in qualità di  
.....  
in servizio presso.....

**C H I E D E**

Di risolvere il rapporto di lavoro a tempo:  INDETERMINATO  DETERMINATO

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

- 1) per dimissioni volontarie (art.73 CCNL 21.05.2018 – personale del comparto; art. 105 CCNL 19.12.2019 Area Sanità; art. 33 CCNL 05.12.1996 Area Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa)
- 2) per dimissioni volontarie con diritto a pensione di anzianità
- 3) per acquisizione del diritto alla pensione di vecchiaia.

**Dichiara di essere a conoscenza:**

- dell'obbligo di effettuare le ferie residue prima del termine del preavviso di cui all'art. 72 CCNL 21.05.2018 – personale del comparto; art. 104 CCNL 19.12.2019 Area Sanità e art. 38 CCNL 05.12.1996 Area Dirigenza Professionale Tecnica Amministrativa
- dell'obbligo di comunicare alla U.O.C. Gestione Risorse Umane qualsiasi variazione dell'attuale indirizzo che dovesse verificarsi entro il biennio dalla cessazione dal servizio:

in via.....n.....

Località.....C.A.P.....

Padova, ..... ..

**Dichiara altresì:**

- di 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.
- di non 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.

**RISERVATO AL RESPONSABILE**

Per presa visione del Responsabile .....

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

**RISERVATO ALLA U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE**

SI DISPONE IL RECUPERO DEL MANCATO PREAVVISO PER GG. \_\_\_\_\_ U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE  
II DIRETTORE

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