

**OGGETTO: CESSAZIONE DAL SERVIZIO**

Il /La sottoscritto /a ..... matr. .... nato/a il .....  
.....quale dipendente con la qualifica 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)

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;
- dell'obbligo di effettuare le ferie residue prima del termine del preavviso di cui all'art. 85 CCNL 02.11.2022 – 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 restituire il cartellino identificativo ed il badge marcatempo in busta chiusa alla U.O.C. Gestione Risorse Umane – ufficio verifica presenze;
- 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.....

**Dichiara altresì:**

- di voler cedere  
 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.

**DATA**.....

**FIRMA**.....

**RISERVATO AL RESPONSABILE / DIREZIONE MEDICA**

Per presa visione del Responsabile .....

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

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

**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