

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>ASPETTATIVA</h1>	<p>Modello D</p> <hr/> <p>Pag. 1/2</p>
--	----------------------	---

ALLA SEGRETERIA DELL'ARTICOLAZIONE AZIENDALE
Presidio Ospedaliero/Dipartimento Territoriale _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____

in forza all'Unità Operativa di _____

con rapporto di lavoro: a tempo pieno part-time _____%

CHIEDE DI POTERSI ASSENTARE

DAL	AL	NUMERO GIORNI

PER LA SEGUENTE ASPETTATIVA:

<input type="checkbox"/> ADOZIONE INTERNAZIONALE	<input type="checkbox"/> ASPETTATIVA SINDACALE NON RETRIBUITA
<input type="checkbox"/> ASSUNZIONE A TEMPO INDETERMINATO	<input type="checkbox"/> DISTACCO SINDACALE
<input type="checkbox"/> CONFERIMENTO INCARICO A TEMPO DETERMINATO	<input type="checkbox"/> MOTIVI DI FAMIGLIA O PERSONALI
<input type="checkbox"/> CONFERIMENTO INCARICO QUINQUENNALE DI DIREZIONE STR. COMPL.	<input type="checkbox"/> MOTIVI DI STUDIO (DOTTORATO DI RICERCA O BORSA DI STUDIO) NON RETRIBUITA
<input type="checkbox"/> CARICA PUBBLICA RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> FORMAZIONE (NON RETRIBUITA)
<input type="checkbox"/> CARICA PUBBLICA NON RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> SERVIZIO MILITARE (NON RETRIBUITA)
<input type="checkbox"/> COOP. PAESI IN VIA SVILUPPO/VOLONTARIATO CIVILE ESTERO NON RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> PER PROGETTO TERAPEUTICO DI RECUPERO RETRIBUITA
<input type="checkbox"/> MOBILITÀ TRA PUBBLICO E PRIVATO NON RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> PROGETTO TERAPEUTICO DI RIABILITAZIONE RETRIBUITA
<input type="checkbox"/> ASSEGNAZIONE TEMPORANEA PRESSO ALTRE P.A. O ALTRE IMPRESE PRIVATE NON RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> CANDIDATURA AL PARLAMENTO EUROPEO
<input type="checkbox"/> RICONGIUNGIMENTO AL CONIUGE CHE PRESTA SERVIZIO ALL'ESTERO NON RETRIBUITA	<input type="checkbox"/> AVVIO DI NUOVA ATTIVITÀ
<input type="checkbox"/> CONGEDO STRAORDINARIO (EX ART 42 D.LGS 151/2001)	<input type="checkbox"/> ALTRO _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>ASPETTATIVA</h1>	<p>Modello D</p> <hr/> <p>Pag. 2/2</p>
--	----------------------	---

<p>RECAPITO DURANTE L'ASSENZA <i>(da compilare se diverso dalla residenza ove si ritenga opportuno)</i></p> <p>Città _____ Prov. ____ Via _____ N. _____</p> <p>Recapito telefonico _____</p>
--

Il/La sottoscritto/a, dichiara di essere a conoscenza dell'Informativa per il trattamento di dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003", e di essere consapevole che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data _____ Firma _____

IL RESPONSABILE: VISTO SI AUTORIZZA

IL RESPONSABILE: VISTO NON SI AUTORIZZA PER LE SEGUENTI MOTIVAZIONI:

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE UTILE AI FINI DELLA CONCESSIONE DELL'ASPETTATIVA (BARRARE LA LETTERA DI INTERESSE)

- A. CERTIFICAZIONE PER ADOZIONE INTERNAZIONALE
- B. COPIA DEL CONFERIMENTO DI CARICA PUBBLICA RETRIBUITA
- C. DOCUMENTAZIONE RILASCIATA DALLE ORGANIZZ. GOVERNATIVE O NON STIPULATARIE DEL CONTRATTO DI COOP. PAESI IN VIA SVILUPPO/VOLONTARIATO CIVILE ESTERO DALLA QUALE RISULTI LA QUALIFICA DI "VOLONTARIO"
- D. RICHIESTA DI ASPETTATIVA SINDACALE NON RETRIBUITA DA PARTE DELLE OO.SS. E CONFEDERAZIONI SINDACALI
- E. RICHIESTA DI DISTACCO SINDACALE NOMINATIVA DA PARTE DELLA SEGRETERIA NAZIONALE DELLA O.S. INTERESSATA
- F. CERTIFICAZIONE/AUTOCERTIFICAZIONE DEI MOTIVI DI FAMIGLIA O PERSONALI
- G. CERTIFICAZIONE RILASCIATA DALL'UNIVERSITÀ ATTESTANTE L'AMMISSIONE AL CORSO O IL CONFERIMENTO DELLA BORSA DI STUDIO
- H. AUTOCERTIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA CHE INTENDE SVOLGERE (DATA, INIZIO, DURATA, ETC.)
- I. AUTOCERTIFICAZIONE DEL SERVIZIO MILITARE/CIVILE DA SVOLGERE (DATA, INIZIO, DURATA, ETC)
- J. ATTESTAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA E/O CONVENZIONATA DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O ALCOLISMO CRONICO PER PROGETTO TERAPEUTICO DI RECUPERO
- K. ATTESTAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA E/O CONVENZIONATA DELLO STATO DI PORTATORE DI HANDICAP PER PROGETTO TERAPEUTICO DI RIABILITAZIONE
- L. COPIA DELL'ACCETTAZIONE DELLA CANDIDATURA PER LE ELEZIONI AL PARLAMENTO EUROPEO
- M. AUTOCERTIFICAZIONE PER MOTIVI DI FAMIGLIA
- N. ALTRO _____