

AI DIRETTORE GENERALE
Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa
p.zza Igea 1
97100 RAGUSA

**RICHIESTA ATTIVAZIONE ASSEGNAZIONE TEMPORANEA
AI SENSI DELL'ART. 42-BIS D. LGS.VO 26.03.2001 N. 151**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome e nome _____ e-mail _____
nato/a il ____/____/____ a _____ prov. _____
residente a : _____ via _____ n. _____
domiciliato a : _____ via _____ n. _____
C.F.: _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

**L'ASSEGNAZIONE TEMPORANEA
AI SENSI DELL'ART. 42 BIS DEL D. LGS. N. 151 DEL 26/03/2001**

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e
per gli effetti del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali
richiamate dall'art. 76 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dai benefici eventualmente
conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del
succitato D.P.R. dichiara quanto segue:

TUTTI I CAMPI DEVONO ESSERE COMPILATI O, IN ASSENZA DI NOTIZIE, BARRATI

Azienda o Ente di provenienza: _____

profilo professionale _____ categoria: _____ fascia retributiva: _____

data di assunzione: ____/____/____ sede di lavoro: _____

U.O./Ufficio _____ attività espletata: _____

periodo di prova superato: NO - SI in data: ____/____/____

Modalità espletamento turni di lavoro: 1 TURNO - 2 TURNI - 3 TURNI

FULL-TIME ☐ - PART-TIME ☐ Tipologia: _____
(indicare se part-time orizzontale/verticale/ciclico e nr. di ore settimanali lavorate)

1. Sanzioni irrogate o procedimenti disciplinari in corso o comunque nell'ultimo biennio: _____
_____ Sanzione: _____

2. Procedimenti penali in corso o condanne penali riportate: _____
(Specificare di che trattasi)

3. Esiti visite medico competente /collegiali (è possibile allegare fotocopia): IDONEO ☐☐- NON IDONEO ☐☐

Eventuali prescrizioni: _____

4. Eventuali limiti allo svolgimento della mansione per infermità e/o invalidità:

5. Eventuale possesso invalidità civile e/o per servizio: _____

6. Appartenenza categoria protetta: NO ☐☐- SI ☐☐

7. Godimento benefici art. 33 L. 104/92: _____
(Specificare la modalità dei permessi usufruiti)

8. Eventuale accertamento sanitario in corso: _____
(Specificare di che trattasi)

9. Attività ex legge n. 266/1991: _____
(Volontariato, protezione civile, etc...)

10. Godimento benefici art. 79 D.Lgs n. 267/2000: _____
(Componenti dei consigli comunali, provinciali, metropolitani, circoscrizionale, delle comunità montane)

11. Eventuali incarichi istituzionali/sindacali:

A) MALATTIA (NEL TRIENNIO):

dal: ____/____/____ al: ____/____/____ - dal ____/____/____ al: ____/____/____
dal: ____/____/____ al: ____/____/____ - dal ____/____/____ al: ____/____/____
dal: ____/____/____ al: ____/____/____ - dal ____/____/____ al: ____/____/____
dal: ____/____/____ al: ____/____/____ - dal ____/____/____ al: ____/____/____
dal: ____/____/____ al: ____/____/____ - dal ____/____/____ al: ____/____/____

B) FERIE:

Anno precedente: spettanti: ____ fruite: ____ residue: ____
Anno corrente: spettanti: ____ fruite: ____ residue: ____ alla data del: ____/____/____

C) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO):

dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___
dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___
dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___

D) PERMESSI RETRIBUITI:

dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___
dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___

E) ASSENZE PER MATERNITÀ:

dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___
dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___
dal: ___/___/___ al: ___/___/___ - dal ___/___/___ al: ___/___/___

F) SITUAZIONE STIPENDIALE:

La sottoscritta percepisce i seguenti emolumenti:

Retribuzione base: Euro
Indennità vacanza contrattuale: Euro
Valore comune: Euro
Ind. professionale specifica: Euro
Fascia retrib. sup.: Euro
Altro: Euro
Altro: Euro

*Trattenute: Euro a titolo di:

* Elencare eventuali trattenute a qualunque titolo eventualmente gravanti a carico del dipendente.

DATI DEL FIGLIO/A:

Cognome _____ nome _____
sesso _____ data di nascita _____ comune di nascita _____ prov. _____

DATI DEL CONIUGE:

Cognome e nome _____ cod. fiscale _____
nato/a il ___/___/___ a _____ prov. _____
lavoratore presso _____
via _____ n. _____
C.A.P. _____ città _____ prov. _____

dal: ___/___/___ al: ___/___/___ sede legale _____
in qualità di _____

(specificare se lavoratore dipendente, autonomo o altro)

ALLEGA ALLA PRESENTE:

Copia di un documento d'identità;

Il/La Sottoscritto/a dichiara di dare il proprio consenso al trattamento dei dati sensibili predetti ai sensi del D.Lgs. 196/2003, nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi, ai compiti e alle finalità del presente procedimento e con le modalità sopra specificate.

Data _____

Firma _____