

**Mod. ASP/I Motivi personali e familiari.**

**ALL' AREA DIPARTIMENTALE GESTIONE E  
SVILUPPO RISORSE UMANE**

**Sede**

ASPETTATIVA PER MOTIVI PERSONALI O DI FAMIGLIA (ai sensi dell'art. 10 comma 1 CCNL 2004 Integrativo Dirigenza Medica, Veterinaria e SPTA- art. 12 comma 1 CCNL Integrativo 1999 Comparto)

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_  
prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, telefono 1 \_\_\_\_\_  
telefono 2 \_\_\_\_\_, dipendente di codesta Azienda, con matricola n. \_\_\_\_\_,  
in servizio presso U.O.C./Reparto \_\_\_\_\_  
del Presidio/Distretto/Dipartimento/Area/Staff \_\_\_\_\_,  
in qualità di \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato con contratto:

☐ Full-Time;

☐ Part-Time: Verticale al \_\_\_\_\_ % o Orizzontale al \_\_\_\_\_ %;

**CHIEDE**

di poter usufruire di un periodo di aspettativa non retribuita per motivi di famiglia / personali,

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per il seguente motivo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ poiché trattasi di motivi di carattere personale gli stessi vengono allegati in busta chiusa;

☐ dichiara di **non avere** precedentemente usufruito dell'aspettativa di che trattasi;

☐ dichiara di **avere** precedentemente usufruito dell'aspettativa di che trattasi per il periodo:

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL  
LATINA

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ ;

dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ .

Luogo e data: \_\_\_\_\_

firma  
(del/la richiedente)

\_\_\_\_\_

Nullaosta del Direttore del Presidio/Distretto/Dipartimento/Area ☐ SI autorizza ☐ NON si autorizza

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

Sentiti i pareri :

del Dirigente della Struttura di afferenza Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

e, ove previsto,

del Direttore del Dipartimento Ospedaliero Timbro e Firma

\_\_\_\_\_

☐ *Si allega copia del documento di riconoscimento;*

☐ *Si allega eventuale documentazione richiesta.*