

OGGETTO: RECESSO DAL RAPPORTO DI LAVORO

Il/la sottoscritto/a _____ matricola: _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
tel./cell. _____ e-mail: _____
in servizio presso U.O. _____
con la qualifica di _____
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato dal ____/____/_____

COMUNICA

il **recesso** dal rapporto di lavoro a decorrere dal giorno ____/____/_____ (primo giorno NON lavorato)

DICHIARA CHE

Intende **presentare domanda di pensione** per _____ (indicare la tipologia di pensione richiesta, es.: anzianità anticipata ordinaria/flessibile, ape social, opzione donna, in cumulo, etc...) al competente **Istituto Previdenziale INPS** / _____

DICHIARA, INOLTRE, DI ESSERE INFORMATO/A:

- dell'obbligo di dare il preavviso lavorato previsto dal CCNL di riferimento e/o dalla vigente normativa previdenziale;
- che i giorni di ferie maturati e non fruiti entro la data di cessazione non potranno essere monetizzati (disposizione aziendale prot. n° 0014298/12 del 20.09.2012 e ss. pubblicata sul sito: www.asl.pe.it Area interna - sotto sezione Documenti aziendali);
- che il presente atto di recesso ha carattere di irrevocabilità e che un'eventuale istanza di revoca potrà essere accolta solo per validi motivi, che l'Azienda si riserva di valutare in relazione a reali esigenze di servizio.

Domicilio o recapito presso il quale deve essere inviata ogni comunicazione: _____

Il/La sottoscritto/a consente espressamente all'Azienda Sanitaria Locale di Pescara il trattamento dei dati personali contenuti nel presente documento, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy.

Data _____

Firma _____

Per presa visione della presente comunicazione:

Il Dirigente Responsabile della U.O. (presso la quale il dipendente presta servizio)

Firma _____

Data _____

(per le dovute successive comunicazioni all'INPS
Gestione Dipendenti Pubblici Settore TFS/TFR)

__l__ sottoscritt_ _____ nat__
a _____ il ____/____/____
residente a _____ via _____ n. __
C.F.: _____ già dipendente della A.S.L. di Pescara con contratto di
lavoro a tempo indeterminato in scadenza al ____/____/____ al fine della liquidazione del trattamento di Fine
Rapporto/Servizio:

RILASCIO LA SEGUENTE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

(barrare la voce che interessa)

- 1.** di aver sottoscritto con un Ente iscritto all'INPS Gestione Dipendenti Pubblici un altro contratto di lavoro decorrente dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del suddetto contratto

indicare l'Ente _____;

- 2.** di NON aver sottoscritto con un Ente iscritto all'INPS Gestione Dipendenti Pubblici un altro contratto di lavoro decorrente dal giorno immediatamente successivo alla scadenza del suddetto contratto.

di volere che il trattamento di Fine Rapporto/Servizio sia accreditato presso:

COD. PAESE	CHECK DIGIT	CIN	ABI	CAB	NUMERO CONTO

Dichiaro di essere a conoscenza che l'INPS Gestione Dipendenti Pubblici ha la facoltà di verificare la veridicità del contenuto della presente dichiarazione e che nel caso di dichiarazione non veritiera verranno applicate le sanzioni di legge.

Allegare copia di un documento d'identità

Data _____

Firma _____