

AL DIRETTORE GENERALE
A.S.L. DI PESCARA
VIA R. PAOLINI, 47
65124 - PESCARA

**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 _____

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 _____ fascia retributiva: _____

Data di assunzione: ____/____/____ Sede di Lavoro: _____

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

A) MALATTIA (NEL TRIENNIO):

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) FESTIVITÀ SOPPRESSE:

fruite: _____ residue: _____ alla data del: ___/___/___

D) ASPETTATIVA (NEL TRIENNIO):

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

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

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

E) PERMESSI RETRIBUITI:

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

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

F) ASSENZE VARIE PER MATERNITÀ:

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

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

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

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

G) 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.

H) SERVIZI PRESTATI ALLE DIPENDENZE DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI:

❖ P.A. _____

dal: __/__/__ al: __/__/__ Profilo Professionale _____ fascia: _____

a tempo pieno - a part-time - n. ore settimanali ____; tempo determinato - tempo indeterminato

❖ P.A. _____

dal: __/__/__ al: __/__/__ Profilo Professionale _____ fascia: _____

a tempo pieno - a part-time - n. ore settimanali ____; tempo determinato - tempo indeterminato

❖ P.P.A. _____

dal: __/__/__ al: __/__/__ Profilo Professionale _____ fascia: _____

a tempo pieno - a part-time - n. ore settimanali ____; tempo determinato - tempo indeterminato

❖ P.A. _____

dal: __/__/__ al: __/__/__ Profilo Professionale _____ fascia: _____

a tempo pieno - a part-time - n. ore settimanali ____; tempo determinato - tempo indeterminato

❖ PP.A. _____

dal: __/__/__ al: __/__/__ Profilo Professionale _____ fascia: ____

a tempo pieno - a part-time - n. ore settimanali ____; tempo determinato - tempo indeterminato

DATI DEL FIGLIO/A:

Cognome _____ nome _____

cod. fiscale _____ sesso _____ data di nascita _____

comune di nascita _____ prov. _____ stato _____

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;
- Curriculum formativo e professionale autocertificato ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i



Informativa breve per il trattamento dei dati personali - art.13 GDPR Il titolare del trattamento dei dati è l'ASL di Pescara, contattabile scrivendo a protocollogenerale@asl.pe.it. Il responsabile della protezione dei dati è contattabile scrivendo a dpo@asl.pe.it. Il titolare tratta i suoi dati personali in conformità alla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali, come meglio descritto nell'informativa estesa reperibile presso le sedi del titolare, consultabile anche sul sito asl.pe.it/datipersonali e mediante il

QR Code qui accanto raffigurato

Data _____

Firma anche per presa visione dell'informativa estesa _____