

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

**RICHIESTA ATTIVAZIONE COMANDO AI SENSI DELL'ART. 20 DEL CCNL INTEGRATIVO
DEL 07/04/99 E S.M.I. DEL PERSONALE AREA COMPARTO**

IL SOTTOSCRITTO

Cognome e nome _____ e-mail _____

residente a : _____ Via _____ n. _____

domiciliato a : _____ Via _____ n. _____

C.F.: _____ tel. _____ cell. _____

CHIEDE

IL COMANDO

AI SENSI DELL'ART. 20 DEL C.C.N.L. INTEGRATIVO STIPULATO IN DATA 07/04/1999 E S.M.I. AREA DI
CONTRATTAZIONE COLLETTIVA PERSONALE INQUADRATO NELLE CATEGORIE/LIVELLI

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: ____ fruita: ____ residue: ____

Anno corrente: spettanti: ____ fruita: ____ residue: ____ alla data del: ____/____/____

C) FESTIVITÀ SOPPRESSE:

fruita: _____ 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

❖ PP.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

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 _____