

DOMANDA RICOSTITUZIONE RAPPORTO DI LAVORO – COMPARTO SANITA'

Al Servizio Unico – Gestione Giuridica del Personale – Ufficio Assunzioni

PEC: assunzioni@pec.ausl.mo.it

Email: pers.assunzioni@aou.mo.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Cod. Fisc. _____ Residente a _____ (prov. _____)

CAP. _____ Via/p.zza. _____ n. _____

tel/cell _____ domicilio in (*solo se diverso dalla residenza*) _____

_____ (prov. _____), CAP. _____ Via/p.zza. _____ n. _____

Email _____

PEC (*obbligatoria per il personale sanitario*) _____

C H I E D E

La ricostituzione del rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 42 CCNL Comparto Sanità 2019/2021.

D I C H I A R A

1. Di aver prestato servizio presso (*indicare ente/azienda, presidio ospedaliero e unità operativa*) _____

_____ in qualità di (*indicare professione*) _____

2. Che il rapporto di lavoro è cessato in data _____ per (*recesso o motivi di salute*) _____

Si allega:

-Curriculum vitae datato e sottoscritto (**in formato pdf**);

-Documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____ *Firma* _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, esprime il proprio consenso affinché i dati personali contenuti nella presente domanda, possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (Regolamento generale sulla protezione dei dati c.d. "GDPR") per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Luogo e data _____ *Firma* _____