

Alla **UOC Gestione e Sviluppo Risorse Umane**

Al **Servizio di afferenza (specificare)**

Loro Sedi

Oggetto: Comunicazione dimissioni volontarie

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (), il _____,
e residente a _____ ()
Via _____ n. _____, CAP _____, Tel. _____,
indirizzo PEC (obbligatorio): _____
dipendente di questo Policlinico matricola n. _____

- a tempo pieno ed indeterminato,
in qualità di _____;
- a tempo determinato
in qualità di _____;
- a tempo pieno ed indeterminato in prova
in qualità di _____;
- nel primo trimestre nel secondo trimestre
- lavoratore/lavoratrice padre/madre con figlio fino a tre anni di vita, nato il
_____;

consapevole dei termini di preavviso previsti per tale fattispecie, dichiara di voler **RECEDERE** dal rapporto di lavoro per motivi _____

Pertanto l'ultimo giorno lavorativo sarà il: _____

In caso di mancato rispetto dei termini di preavviso l'Azienda ha diritto di trattenere su quanto eventualmente dovuto al dipendente, un importo corrispondente alla retribuzione per il periodo di preavviso da questi non dato.

Distinti saluti.

Roma, li _____

In fede

Recapito presso il quale inviare eventuali comunicazioni, se diverso dalla residenza:

Via _____ n. _____,

CAP _____ CITTA' _____.

Tel. _____