

Al Direttore dell'U.O. C.
Gestione Risorse Umane
dell'Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
Palermo

l sottoscritt_ _____, residente in
_____ via _____, in servizio presso questa
Azienda in qualità di _____, con n. di matricola
_____, presso l'U.O. _____ del P. O.

Tel. _____ email _____ @ _____ .

C H I E D E

di essere esonerat_ dal lavoro notturno ai sensi dell'art.53 comma 2 lettera a) del
D.Lgs. 26.03.2001 n.151 per l propri_ figli_ _____
nat_/_ il _____ a _____.

A conoscenza che l'esonero dal turno notturno è fruibile fino al compimento di un anno
di vita del bambino e che, l stess_ potrà essere utilizzat_ sia nelle ore a.m che in
quelle p.m.

Allega dichiarazione di rinuncia al beneficio dell'altro genitore.

Palermo, ____/____/____/

Al Direttore dell' U.O. C.
Risorse Umane e Affari Generali
dell'Azienda Ospedaliera
Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello
Palermo

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

I sottoscritt_ _____ nato a
_____ Prov _____ il ___/___/___/, residente in Via
_____ n. ___ Cap. _____ Città
_____ Tel. _____ consapevole
delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso
di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445,

DICHIARA

Di non fruire dell'esonero dai turni notturni dal lavoro ai sensi dell'art.53 del
d.Lgs. 151/2001, in favore dell'altro genitore Sig.ra _____
nel periodo dal _____ al _____;
di essere dipendente di _____
_____;

(specificare Azienda/Ente etc. compreso indirizzo, città, telefono)

Ovvero di essere: liber__ professionista, casaling__, disoccupat__,
altro _____ .

Dichiara, inoltre, di essere informato/a ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10
della L. 676/96, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con
strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale
la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia del proprio documento d'identità.

Palermo, ___/___/___/

(Il Dichiarante)