

**DOMANDA RICOSTITUZIONE RAPPORTO DI LAVORO – DIRIGENZA MEDICA
VETERINARIA E SANITARIA**

**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 in _____ (prov. _____)

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

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

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

Email _____

PEC (*obbligatoria*) _____

C H I E D E

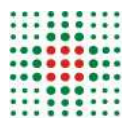
La ricostituzione del rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 18 CCNL Area Sanità 2019/2021.

D I C H I A R A

1. Di aver prestato servizio presso (*indicare **ultima** azienda o ente, distretto e unità operativa*) _____

in qualità di (*indicare professione e disciplina*) _____

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

Servizio Unico Gestione Giuridica del Personale – Ufficio Assunzioni

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*_____