

Al Dirigente dell'Area/Direttore di Dipartimento

Università di Bologna

OGGETTO: Rinuncia volontaria all'insegnamento/modulo didattico/tutorato/formazione linguistica

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____

nato/a _____ il _____

residente in via _____ n _____

Comune _____ c.a.p _____ Prov _____

tel. _____ cell. _____ e-mail _____

(scegliere una delle tre opzioni)

essendo risultata/o vincitrice/vincitore per l'Ateneo di Bologna di un bando di selezione per l'attribuzione di un contratto di insegnamento/modulo didattico/tutorato/formazione linguistica per la seguente attività:

per n. _____ ore

presso il Dipartimento di _____ per l'a.a. ____ / ____ ,

a titolo oneroso gratuito

(oppure)

essendo risultata/o destinataria/o per l'Ateneo di Bologna del rinnovo di un contratto di insegnamento/modulo didattico/tutorato per la seguente attività:

per n. _____ ore

presso il Dipartimento di _____ per l'a.a. ____/____,

a titolo [] oneroso [] gratuito

(oppure)

[] avendo stipulato con l'Ateneo di Bologna un contratto di insegnamento/modulo didattico/tutorato/formazione linguistica per la seguente attività:

per n. _____ ore

presso il Dipartimento di _____ per l'a.a. ____/____,

a titolo [] oneroso [] gratuito

COMUNICA

(scegliere una delle due opzioni)

[] L'intenzione di rinunciare **totalmente** all'attività assegnata per la seguente motivazione:

(specificare la motivazione)

(oppure, nel caso parte dell'attività sia già stata svolta)

[] L'intenzione di rinunciare **parzialmente** all'attività assegnata far data dal _____

con ultimo giorno di servizio il _____ per la seguente motivazione:

(specificare la motivazione)

Dichiara, inoltre, che le ore effettivamente svolte rispetto a quelle inizialmente attribuite sono _____.

Il/la sottoscritto/a **dichiara di**

- a) Trovarsi in stato di gravidanza [] SI' [] NO
b) Avere bambini di età fino a 3 anni [] SI' [] NO
c) Avere minori in condizione di accoglienza/affidamento/adozione nazionale e/o internazionale da un periodo di tempo non superiore ai 3 anni [] SI' [] NO

(LUOGO E DATA)

(FIRMA DEL CONTRATTISTA)

Firma dell'incaricato

_____ Ricevuto il _____

NOTA BENE:

Solo la/il contrattista che abbia barrato **SI** ai punti a), b) o c), deve recarsi, per la convalida delle dimissioni, al Servizio Ispettivo del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali competenti per territorio. Le dimissioni convalidate dovranno essere riconsegnate alla Struttura entro il suddetto termine di 7 giorni (L. 92/12 art. 4 co. 17).

SPAZIO RISERVATO

AL SERVIZIO ISPETTIVO DEL MINISTERO DEL LAVORO DI _____

L'incaricato _____, ai sensi dell'art. 4, comma 17 Legge n. 92/2012, convalida la presente dimissione – risoluzione consensuale che il lavoratore dichiara avvenuta volontariamente e senza costrizione alcuna.

Li _____ Data _____

Il/La lavoratore/trice.....

Timbro

Prot. n. del L'incaricato

Lavoratore riconosciuto con documento.....n.

rilasciato da in data