

Al Dirigente dell'Area

\_\_\_\_\_

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 due opzioni)**

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

\_\_\_\_\_

**(oppure)**

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

\_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

presso il Dipartimento di \_\_\_\_\_ per l'a.a. 2020/21,

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)

VISTO del Direttore del Dipartimento

\_\_\_\_\_

Ricevuto il \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'incaricato \_\_\_\_\_

**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 Scuola 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.*

*Lì \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_*

*Il/La lavoratore/trice.....*

*Timbro*

*Prot. n. .... del ..... L'incaricato .....*

*Lavoratore riconosciuto con documento.....n. ....*

*rilasciato da ..... in data .....*