Al Dirigente dell’Area Formazione e Dottorato

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 la Scuola di per l’a.a. 2018/19,

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***)

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 Responsabile del Settore “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”

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 all’ufficio di competenza del Settore servizi didattici “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_” – Area Formazione e Dottorato 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 …………..…………*