ALLEGATO 5 – POLA ASL MEDIO CAMPIDANO

**COMUNICAZIONE DI RECESSO ACCORDO INDIVIDUALE DI LAVORO AGILE**

 Al Direttore/Responsabile della Struttura

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e

 Alla SSD Gestione Risorse Umane

 servizio.personale@aslmediocampidano.it

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dipendente di questa Azienda con contratto di lavoro subordinato a tempo:

□ indeterminato / □ determinato

□ part time / □ full time

con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sede di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (campo obbligatorio).

Titolare di Accordo individuale di lavoro agile protocollo n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_ secondo la tipologia sotto riportata:

□ a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e fino al\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visto il Regolamento Aziendale con il quale si consente di recedere dal Lavoro Agile, secondo la procedura normativa e contrattuale ordinaria,

**COMUNICA**

Il recesso dall’Accordo individuale di lavoro agile a decorrere dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Per presa visione

Firma del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Direttore/Responsabile della Struttura \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_