Dipartimento…………….

**OGGETTO:** Dimissioni volontarie

Il/La sottoscritto/a………………………………………………………………..

nato/a ………………………………………..………………………. il …….……………….…….

residente in via …………………….. …………………………………………………… n °….….

Comune…………………………………….…………c.a.p.……………….………Prov.…….….

tel. ………………..…..… cell. ……..….……………… e-mail ………. …………………….……

titolare di un contratto collaborazione coordinata e continuativa in qualità di assegnista di ricerca presso…………………………...……………………………………………………...

**COMUNICA**

di recedere volontariamente dall’Assegno di ricerca a decorrere dal …………………………

con ultimo giorno di servizio il ………………………

**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) (DATA) (FIRMA DEL COLLABORATORE)**

……………………………

**VISTO PER PRESA VISIONE Segreteria amministrativa Dipartimento**

**DEL DIRETTORE di DIPARTIMENTO Ricevuto il …………………………………..**

 **L’incaricato …………………………………**

**NOTA BENE**:

SOLO il/la collaboratore che abbia barrato SI’ ai punti a) b) c), dovrà recarsi, per la convalida delle dimissioni, all’ISPETTORATO TERRITORIALE DEL LAVORO competente per territorio. Si segnala che l'Ispettorato Territoriale del Lavoro, nel territorio della ***Città Metropolitana di Bologna***, non applica le disposizioni in materia di convalida delle dimissioni previste ai sensi della L.92/2012.