

Al Direttore generale  
Azienda ospedaliero-universitaria  
"Città della Salute e della Scienza di Torino"  
Al Dirigente responsabile  
U.O. Risorse Umane  
Direzione assistenziale

**OGGETTO:** DOMANDA DI ASSEGNAZIONE TEMPORANEA AI SENSI DELL'ART. 42 BIS D.LGS 151/2001 PER IL RICONGIUNGIMENTO FAMILIARE CON FIGLI MINORI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere assegnato temporaneamente (ai sensi dell'art. 42 bis D.LGS 151/2001) nella sede di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_ per un periodo di tre anni.

A tal fine, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere in servizio presso \_\_\_\_\_ con contratto a tempo indeterminato e a tempo pieno come O.S.S. (categoria \_\_\_\_\_);
- di essere genitore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- di avere il proprio coniuge \_\_\_\_\_ che presta la propria attività lavorativa nella sede sopra richiesta
- di indicare il seguente recapito al quale dovranno pervenire le eventuali comunicazioni inerenti la presente domanda: \_\_\_\_\_.

Si allega: autocertificazione stato di famiglia e autocertificazione attività lavorativa del coniuge

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. LGS 196/2003.

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_