All'Azienda Sanitaria Locale n. 8
CAGLIARI

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi degli Artt. 46-47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (Prov. ___)

C.F. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ (Prov. ____) in via/piazza _____

_____ Tel. _____

Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici conseguiti, ai sensi e per gli effetti degli artt. 75 e 76 D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

- di essere dipendente a tempo indeterminato presso la Fondazione S. Randazzo sede di _____ con qualifica di _____ Cat. _____ CCNL _____ 2010/2012;

- di avere regolarmente prestato servizio presso la sede indicata al punto che precede, per i mesi di seguito elencati e di non aver percepito le relative retribuzioni:

_____

_____

- che la propria attività lavorativa è stata svolta per il _____ % per l'erogazione delle prestazioni erogate dalla Fondazione S. Randazzo per la ASL 8 di Cagliari;

- di non aver percepito dalla Fondazione S. Randazzo incaricata di pubblico servizio da codesta Amministrazione, alcun compenso per il lavoro effettuato nei mesi sopra elencati, nonostante i numerosi solleciti personali e collettivi;

- di non essere in possesso delle relative buste paga perché la Fondazione S. Randazzo, nonostante ripetuti solleciti personali e anche tramite le Organizzazioni Sindacali, rifiuta di consegnarle;

C H I E D E

giusto quanto previsto dall'art. 1676 del c.c., considerato che la Fondazione S. Randazzo esercita un servizio pubblico di assistenza per conto di codesta spett.le ASL 8 di Cagliari:

- che gli siano corrisposti gli importi risultanti dai LUL che saranno consegnati dalla DTL di Cagliari-Oristano per i mesi sopra indicati *ovvero* che gli sia corrisposta la retribuzione come risulta dagli allegati prospetti UNI EMENS relativi alle mensilità sopra elencate previa riduzione del 10% e successiva riduzione del 35% per oneri contributivi, previdenziali e fiscali, etc.;

- che le mensilità richieste vengano accreditate sul mio c/c attivo presso _____

codice IBAN _____;

Il sottoscritto:

- da atto che la ASL 8 potrà liquidare somme al netto di ritenute fiscali, contributive e previdenziali che restano in capo alla Fondazione S. Randazzo, in quanto la ASL 8 non si sostituisce in alcun modo agli obblighi della Fondazione S. Randazzo in quanto datore di lavoro;

- autorizza codesta ASL ad utilizzare e comunicare i dati e quanto contenuto nella presente al fine di dare esecuzione a quanto chiesto..

Data _____ Firma _____

- Si allega fotocopia di documento di identità in corso di validità (art. 38, c. 3, D.P.R. 445/2000)