Al Responsabile

**OGGETTO:** Dimissioni volontarie

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

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

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

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

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

titolare del contratto collaborazione coordinata e continuativa rep…..prot…..del

……………..presso…………………………...……………………………………………………...

**COMUNICA**

di recedere volontariamente dal contratto in essere 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**

**Il Responsabile**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOTA BENE**:

SOLO il/la collaboratore che abbia barrato SI’ punti a), b) oppure c), dovrà recarsi, per la convalida delle dimissioni, all’ ISPETTORATO TERRITORIALE DEL LAVORO competente per territorio (luogo di lavoro o di residenza della lavoratrice o del lavoratore).