

Spett.le

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE

Ufficio Trattamento Economico del Personale

Via Renato Paolini, 45 – PESCARA

Oggetto: revoca delega sindacale.

Il/la sottoscritto/a _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____ provincia di _____ il _____

codice fiscale _____ matricola n. _____

residente a _____ provincia di _____ CAP _____

in Via/Piazza _____ n. _____

telefono _____ fax _____ e-mail _____
(indicare almeno un contatto)

chiede

la **revoca** della trattenuta sindacale mensile operata sullo stipendio in favore dell'Organizzazione Sindacale _____

(luogo e data)

(firma)

Allegati: 1) Copia del documento d'identità;

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.