

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI PESCARA
Via R. Paolini, 47 - 65124 Pescara

Prot.n. _____ del _____

UOC Dinamiche del Personale
SEDE

**OGGETTO: Richiesta visita medico collegiale ai sensi dell'art. 43 del CCNL del 21/05/18 -
Personale del Comparto Sanità.**

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ tel. _____

dipendente di codesta Azienda USL profilo prof.le _____

n servizio presso _____

chiede l'applicazione dell'art. 43 del CCNL del 21/05/2018, per il periodo

dal _____ al _____.

Distinti saluti.

firma