

AL DIRETTORE SANITARIO P.O. _____
DOTT. _____

AL DIRIGENTE INFERMIERISTICO
SIG. _____

FAX _____

Oggetto : Comunicazione di adesione allo Sciopero Nazionale indetto
, dalle ore _____ del _____ alle ore _____ del _____
, dal Sindacato _____

l sottoscritt _____

dipendente di codesta ASL presso il Reparto / Servizio di _____

del P.O. / DSB di _____

in qualità di Infermiere/a . Tel _____

COMUNICA

Che in data _____ Aderirà allo Sciopero Nazionale indetto dal Sindacato

_____ dalle ore _____

del _____ alle ore _____ del _____.

CHIEDE

Di essere sostituita/o per aderire allo Sciopero nel rispetto dell'Accordo Nazionale del 25 settembre 2001 per la regolamentazione del diritto di sciopero nel comparto del Servizio Sanitario Nazionale, valutato idoneo dalla Commissione di garanzia con deliberazione N. 01/155 del 13.12.2001.

NB) Per aderire allo Sciopero L'azienda (Direzione Sanitaria) deve autorizzare per iscritto il dipendente precettato .Nel caso in cui il dipendente non riceva nessuna comunicazione deve lavorare .

NB)Nel caso in cui l'azienda non ritenga possibile la sostituzione il soggetto al quale è stato indicato di prestare servizio deve adempiere.

_____ li _____

Firma _____

Data _____

La DIREZIONE SANITARIA Autorizza ad aderire allo sciopero indetto in data

_____ il / la Sign/Signora _____

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Ufficio Infermieristico

Dott. _____

Dott. _____

Timbro e firma

Timbro e firma