

Al Direttore Generale ASL di Pescara

Dott. _____

protocollo.aslpe@pec.it

Oggetto: rimborso quote iscrizione all'ALBO Professionale

Il/La sottoscritt _____
dipendente di codesta amministrazione pubblica, matr. _____ codice fiscale
_____, nato/a a _____ Prov. ()
il _____ residente a _____ Prov. () in via
_____ n° _____ cap _____, Tel. _____, con
qualifica di _____ soggetto al
vincolo di esclusività previsto per i pubblici dipendenti per effetto delle previsioni di cui al Decreto
Legislativo n 165 del 30 marzo 2001 e successive modifiche ed integrazioni e "costretto" all'iscrizione
all'ordine professionale di categoria per poter esercitare la propria professione alle dipendenze di
questa Azienda

CHIEDE

anche alla luce di quanto stabilito con la Sentenza della Corte di cassazione n. 7776 del 16
aprile 2015, e ribadito dalla **sentenza del Tribunale di Pordenone n, 116/2019 del 11/07/2019**
il rimborso della tassa di iscrizione **ALBO PROFESSIONALE**

Il Presente Atto è da Intendersi Interruttivo Dei Termini Prescrizionali e Costituzione Messa in Mora.

il/la sottoscritto/a si riserva sin da ora di agire innanzi alle sedi giudiziarie competenti, con
l'ausilio del **Sindacato Nursind** .

Ogni comunicazione, in merito dovrà essere inviata al seguente indirizzo email:
pescara@nursind.it

Ai sensi del D.lg. 196/03 e succ.mod. ed integraz. , autorizzo il trattamento dei miei dati
personali .

Si allega documento d'identità

Data _____

Firma

Nursind Pescara Cell. 320.3134105 - FAX 085-9943084
pescara@pec.nursind.it - pescara@nursind.it
Nursind L'Aquila Cell. 333.4125508 FAX 085-9943084
aquila@pec.nursind.it - aquila@nursind.it