

**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, della **sentenza del Tribunale di Pordenone n. 116/2019 del 11/07/2019** e della **Sentenza  
n. 36 /2020 del 5 marzo 2020 della Corte d'Appello di Trieste, 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](mailto: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