

Al Direttore Generale ASL di _____

Pec : _____

Oggetto: rimborso quote iscrizione all'Ordine Professionale.

Il/La sottoscritt_ _____ dipendente di codesta
Amministrazione Pubblica, matr. _____, C.F. _____, nato/a a
_____ Prov. () il _____ residente a _____
Prov. () in via _____ n° ___, 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 è "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 all'**ORDINE PROFESSIONALE**.

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

Il presente atto è da intendersi interruttivo dei termini prescrizionali e costituzione messa in mora.

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