

AL DIRETTORE SANITARIO P.O. _____
DOTT. _____
AL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE AREA INFERMIERISTICHE E
OSTETRICHE
DOTT./Dot. ssa _____

FAX _____

Oggetto : Comunicazione di adesione allo Sciopero Nazionale indetto dal Sindacato
NURSIND - di 24 ore del 23.02.18

 1 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 23.02.18 Aderirà allo Sciopero Nazionale di 24 ore indetto dal Sindacato NURSIND
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 23.02.18 dal Sindacato Nursind il / la Sign/Signora

IL DIRETTORE SANITARIO DOTT. _____	AL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE AREA INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE DOTT./Dott.sa _____
---	--

Timbro e firma

Timbro e firma