

**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**

|   |  |
|---|--|
| <b>IL DIRETTORE SANITARIO</b><br><b>DOTT.</b> _____ | <b>AL DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE</b><br><b>AREA INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE</b><br><b>DOTT./Dott.sa</b> _____ |
|---|--|

Timbro e firma

Timbro e firma