



# NURSIND

**SEGRETERIA PROVINCIALE DI PESCARA**

**Cell. 320.3134105 – 333.4125508 – 351.5339432**  
**NURSIND PESCARA – Via L. Berio 1 – Manoppello (pe) cap 65024**  
[pescara@pec.nursind.it](mailto:pescara@pec.nursind.it) – [pescara@nursind.it](mailto:pescara@nursind.it)  
[nursindpescara@gmail.com](mailto:nursindpescara@gmail.com) – [www.nursind.it](http://www.nursind.it)

## **RICHIESTA DI CONCILIAZIONE CON ASL PESCARA PER TICKET MENSA ( buoni pasto ) DAL 2018 AL 2024**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via/P.zza \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_ telefono cellulare \_\_\_\_\_ dipendente della ASL di PESCARA – matricola  
n° \_\_\_\_\_ con la qualifica di \_\_\_\_\_,  
in servizio presso \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

la conciliazione con l’Azienda Sanitaria Locale di PESCARA per la somma economica maturata e relativa al servizio mensa non riconosciuto al/alla sottoscritto/a nel periodo dal 2018 al 2024, così come concordato e verbalizzato tra Azienda e Organizzazioni Sindacali nel confronto del 23/07/2025, con la contestuale corresponsione dell’importo maturato attraverso una delle seguenti modalità a scelta:

- Carta prepagata con caricamento dell’importo maturato non tassato
- Versamento in busta paga dell’importo maturato (tassazione ordinaria secondo normativa vigente)

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma

Allega:

- Copia del documento d’identità in corso di validità

Restituire il modulo compilato al referente sindacale NURSIND PESCARA a mano oppure tramite posta elettronica a [pescara@nursind.it](mailto:pescara@nursind.it) .

Il/La sottoscritto/a delega il sindacato Nursind a rappresentarlo/a conferendo allo stesso i più ampi poteri compreso quello a transigere, conciliare e rilasciare quietanze liberatorie.

**NB) i lavoratori per i quali il legale ha presentato ricorso per i buoni pasto saranno contattati per decidere se accettare conciliazione o andare avanti con il ricorso.**