

POLICLINICO

ALL'UFFICIO RELAZIONI SINDACALI
Via San Giovanni del Cantone, 23
Modena

e, p.c. al Sindacato _____

Oggetto: revoca sindacale

Il/La sottoscritto/a _____
matr. N° _____ dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico di Modena con la qualifica di _____
con la presente revoca l'iscrizione al sindacato _____.

Prega codesta Amministrazione di voler provvedere alla sospensione
della ritenuta a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presente
richiesta.

Data _____

In fede

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO

Le modalità di trasmissione possono essere, in alternativa:

- posta interna indirizzata all'Ufficio Relazioni Sindacali – San Giovanni del Cantone;
- fax allo 059/435725 (diretto 15/35725);
- mail a uff.relationisindacali@ausl.mo.it;
- consegna allo sportello dell'Ufficio Relazioni Sindacali – Piano terra sede AUSL Via San Giovanni del Cantone, 23