

Modello – n. 2

Data e luogo *(da trasmettere dalla mattina del 20.11.2024 in poi ed entro i successivi 5 giorni)*

All'Ufficio del personale

Azienda sanitaria

.....

OGGETTO: dichiarazione di adesione allo sciopero del 20 novembre 2024 e richiesta di modifica del titolo di assenza.

Il/La sottoscritto/a ....., Vs. dipendente in qualità di dirigente..... con contratto a tempo determinato/indeterminato, afferente all'UOC di .....del P.O. di..... , risultante assente il giorno 20.11.2024 per .....(*specificare il motivo dell'assenza programmata*: ferie, riposo compensativo, **TRANNE MALATTIA**) dichiara la propria adesione allo sciopero del 20.11.2024 indetto dalla Sigla sindacale ANAAO-ASSOMED e chiede la modifica del titolo di assenza. La presente comunicazione è resa anche ai fini dell'art. 5 della legge 12 giugno 1990, n. 146

FIRMA DEL DICHIARANTE