



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta specializzazione
"Santobono-Pausilipon"**
Via Teresa Ravaschieri, 8 – 80122 - Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

MODULO COMUNICAZIONE PREVENTIVA
ASSENZA PERMESSO SINDACALE, AI SENSI DEGLI ARTT. 10 E 13 DEL CCNQ DEL 04.12.2017,
DA INVIARE A CURA DEL DIPENDENTE ALL'UFFICIO RELAZIONI SINDACALI
e-mail:
rel-sindacali@santobonopausilipon.it

Il Sottoscritto _____
Codice Fiscale : _____
Qualifica: _____ Matricola: _____
Sede Di Servizio: _____ Contatto Telefonico: _____

in qualità di

- rappresentante** dell'Organizzazione Sindacale _____
- componente della RSU** dell'Organizzazione Sindacale _____

COMUNICA che, ai sensi dell'art. 10 del CCNQ del 04.12.2017, fruirà:
(barrare la tipologia del permesso sindacale)

il giorno dalle ore alle ore.....
il giorno dalle ore alle ore.....

- di permesso sindacale retribuito per l'espletamento del mandato a carico monte ore Organizzazione sindacale: _____ sede: _____
- di permesso sindacale retribuito per l'espletamento del mandato a carico monte ore RSU

in qualità di COMPONENTE DI ORGANISMI DIRETTIVI STATUTARI

comunica che, ai sensi dell'art.13 CCNQ del 04.12.2017, fruirà
(barrare la tipologia del permesso sindacale)

- di permesso sindacale retribuito per le riunioni di Organismi Direttivi Statutari (territoriali, regionali, nazionali, ecc), a carico monte ore nazionale della Organizzazione Sindacale: _____
sede: _____
- il giorno dalle ore alle ore.....
- il giorno dalle ore alle ore.....

Firma autografa del richiedente: _____
(Allegare fotocopia del Documento di identità)