

**Spett.le CASA DI CURA / ASL** \_\_\_\_\_

**P/C Sindacato** \_\_\_\_\_

**Oggetto: revoca delega sindacale.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la revoca della trattenuta sindacale mensile operata sullo stipendio in favore  
dell'Organizzazione Sindacale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Luogo Data

**FIRMA**

Allegati: 1) Copia del documento d'identità;

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445 tale dichiarazione deve essere presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.