



Spazio riservato all'Ufficio Protocollo

Spett.le
Ufficio stipendi

REVOCA DELLA PRECEDENTE “RICHIESTA DI NON ADESIONE AL FONDO SANITARIO SANIFONDS TRENINO ”

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

nato/a il _____ a _____

in servizio presso Area/Ospedale/Distretto _____

U.O./Servizio _____

con la qualifica di _____

comunica ai sensi dell'articolo 2:

- per il comparto dell'intesa di data 17 giugno 2014
- per la dirigenza dell'intesa di data 23 settembre 2014

DI VOLER ADERIRE al Fondo Sanitario Sanifonds Trentino dal 01/01/2017 e pertanto ANNULLA la precedente comunicazione contraria.

Data _____

Firma _____