



Al Direttore Generale

Alla Rip. Stipendi e Compensi
SEDE

REVOCA DELEGA SINDACALE

Io sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Matricola		Telefono	

DICHIARO

di revocare la delega al Sindacato _____

La revoca avrà effetto dal mese successivo a quello di presentazione della domanda

Si ricorda di inviare copia del presente modulo al Sindacato

Se il modulo è inviato per posta o via fax (+39 040 558 7887) allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Luogo e data

Firma