



Al Direttore Generale

All'Ufficio Contabilità Stipendi
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.

Inviare una mail all'Ufficio Contabilità Stipendi (stipendi@amm.units.it) allegando il seguente modulo firmato e fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

Firma