

All'Ufficio Amministrativo

della Azienda Sanitaria _____

Regione _____

via _____ n° _____

=====

Il / La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (____) il ____/____/____, dipendente

col n° di matricola _____ da Codesta Spett.le Azienda Sanitaria _____

in qualità di Dirigente Medico presso la Unità Operativa/Servizio di : _____

_____ del Presidio _____

chiede

con decorrenza immediata, la cancellazione dal Sindacato Medico _____

a cui è iscritto/a a tutt'oggi.

_____, li ____/____/____

Firma del dipendente