

Spett.le ATS Sardegna
in persona del Legale Rappresentante pro- tempore
via E. Costa n. 57 - 07100 Sassari
protocollo.generale@pec.atssardegna.it

e Spett.le ASSL Cagliari
in persona del Legale Rappresentante pro- tempore
via Piero Della Francesca n. 1
09047 Selargius (CA)
dir.asslcagliari@pec.atssardegna.it

OGGETTO: richiesta motivazioni mancata corresponsione della retribuzione di risultato 2017.

Il sottoscritto dott. _____, dipendente ATS Sardegna,
presso ASSL di _____, Presidio Ospedaliero di _____,
U.O. di _____, matricola n.: _____, poiché nella
retribuzione da voi pagata nel mese di _____ 2019, non è stata corrisposta alcuna
somma a titolo di retribuzione di risultato per l'anno 2017, chiede le motivazioni di tale mancato
pagamento.

Il sottoscritto richiede inoltre riscontro alla presente nel termine di trenta giorni (*30 giorni*) dal ricevimento
della presente, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 328 comma 2 del codice penale.

_____, _____
Città *Data*

Dott. _____
Timbro e Firma