# COMUNICAZIONE DI CESSIONE DI GIORNATE DI FERIE O RIPOSI PER FINI SOLIDARISTICI

AL DIRETTORE GENERALE ASL CAGLIARI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dipendente con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

num. telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_indirizzo mail aziendale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso la U.O\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di voler cedere a titolo gratuito e per finalità solidaristiche, ai sensi dell’art. 34 del C.C.N.L. 2016-2018 sottoscritto il 19/12/2019, i giorni di ferie e/o i giorni di riposo per festività soppresse, nella misura di seguito indicata:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Anno di competenza: | Anno di competenza: |
| FERIE | n. | n. |
| FESTIVITÀ SOPPRESSE | n. | n. |

# Si allega copia fotostatica del documento di identità in corso di validità.

firma