

Preg.mo Signor

Direttore Generale

Azienda _____

via _____, _____

C.A.P. _____

Oggetto : Riconoscimento del passaggio alla fascia economica superiore, dell'indennità di esclusività e della posizione minima unificata al compimento del V (o XV) anno di servizio con valutazione positiva.

Il sottoscritto Dott. _____ nato a _____, il ____/____/_____,
dipendente di Codesta Spett.le Azienda Sanitaria dal _____ con n° di matricola _____

CHIEDE

con la presente l'applicazione del beneficio indicato in oggetto, previsto dal C.C.N.L. a favore di tutto il personale medico che abbia ottenuto l'esito positivo delle verifiche al termine del periodo previsto dalla Contrattazione Collettiva.

A parere del sottoscritto non può trovare applicazione in questo caso l'Art. 9 del D.L. 78/2010, convertito in Legge con il n° 122/2010, trattandosi di evento straordinario e non-scontato della dinamica retributiva.

Il sottoscritto CHIEDE pertanto l'erogazione delle somme relative alle suddette indennità con la liquidazione degli arretrati.

In assenza di riscontro positivo, decorsi 30 giorni dalla presente, il sottoscritto si riserva di agire legalmente a tutela di quelli che ritiene essere i propri diritti.

Inoltre INTENDE con la presente sospendere qualsiasi ipotesi di prescrizione dei propri diritti.

_____, li ____/____/_____

Firma