

**Domanda di accesso al Fondo di Perequazione  
Anno 2014**

\_ l \_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_ , nat\_ a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_ **dipendente a tempo indeterminato** di questa ASL \_\_\_\_\_ qualifica  
\_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_ con rapporto di lavoro:

- Rapporto di lavoro non esclusivo
- Tempo pieno
- Part-time \_\_\_\_\_ %
- Assente per comando
- Aspettativa
- Gravidanza
- Distacco sindacale
- Mandato elettivo
- Lunga malattia
- Sospensioni disciplinari o giudiziarie

presso il P.O./Dipartimento/Distretto \_\_\_\_\_ Servizio/Reparto  
\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,

visto l'apposito regolamento approvato da questa Azienda

**CHIEDE**

**di essere ammess\_ per l'anno 2014**, alla ripartizione del Fondo di Perequazione in quanto in possesso dei requisiti di cui all'art. 57 comma 2 lettera i) del CCNL 08/06/2000 e dell'art.13 comma 4 lettera h) del Regolamento Aziendale integrato dal contratto integrativo aziendale sottoscritto in data 27/04/2015 .

Data, \_\_\_\_\_

Firma (leggibile)

\_\_\_\_\_