

POLICLINICO TOR VERGATA

AL DIRETTORE
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE
E RELAZIONI SINDACALI

Il sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ matr. _____
in qualità di _____ titolare di incarico a tempo
determinato/indeterminato ai sensi dell'A.C.N. 17/12/2015 – branca/disciplina di
_____ in servizio presso la UOC/Struttura di
_____ del Policlinico Tor Vergata, chiede il rilascio
di un certificato di stipendio per uso cessione del quinto¹⁾.

Roma, _____

FIRMA

1) - Il certificato che verrà rilasciato non può essere prodotto agli organi della Pubblica Amministrazione o ai privati gestori di pubblici servizi (ex D.P.R. n. 445/200 così come modificato dalla Legge n. 183 del 12.11.2011).

Il certificato potrà essere ritirato dall'interessato/a non prima di 10 gg. lavorativi dalla data di ricezione della richiesta. Il certificato potrà, altresì, essere ritirato da persona diversa dall'interessato se munita di delega scritta e fotocopia di un valido documento d'identità del delegante.

Per informazioni: tel. 06/20904788 – 06/20903783.

Le richieste potranno essere consegnate a mano (stanza n. 5/6) oppure inviate via fax al n. 06/20900027

DIPARTIMENTO ACQUISIZIONE, GESTIONE RISORSE UMANE E RELAZIONI SINDACALI
Settore: Gestione Personale Medico/Sanitario Convenzionato