SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

ASSEMBLEA SINDACALE DEL _____ dalle ore _____ alle ore _____
indetta da _____ (indicare le OOSS/RSU promotrici)

Elenco dei partecipanti

Matricola	**Nominativo** (in stampatello)	**Unità Operativa**	**Orario di Partecipazione ****	**Firma**

** I dipendenti in servizio interessati a fruire del diritto di partecipazione all'assemblea sono tenuti:

- ad informare il rispettivo Responsabile di riferimento
- a marcare il cartellino in uscita per evidenziare l'assenza dal servizio
- a segnalare alla rappresentanze sindacali promotrici la propria presenza all'assemblea apponendo generalità, Unità Operativa di appartenenza e firma sul presente modulo.