

- Spett.le

e p.c.,

- Alla Segreteria UIL FPL di _____
(_____@uilfpl.it)

OGGETTO: taxa iscrizione Ordine delle Professioni Sanitarie- richiesta versamento a carico dell'Ente e rimborso annualità pregresse – atto interruttivo della prescrizione.

Il/la sottoscritto/a _____ (CF
_____), nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in via
_____, n. _____, telefono
n. _____, email _____, dipendente a tempo
pieno ed in regime di esclusività di Codesta Azienda con la qualifica di
_____ dall'anno _____, iscritto all'Ordine

CHIEDE

A codesta azienda il rimborso di quanto sostenuto per la taxa di iscrizione all'Ordine Professionale innanzi
evidenziato per tutto il periodo dal _____ al _____ quale onere
necessario per l'esercizio dell'attività professionale in favore di Codesta Azienda.

La presente ad ogni effetto di legge, ivi compresi gli effetti interruttivi di ogni prescrizione in ragione del
diritto al relativo integrale **rimborso**.

_____, li _____

Il Dipendente
