

REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI
COMITATO UNICO DI GARANZIA

PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

(Delibere ASL BA: n° 1981 del 09/11/2016 e n° 434 del 07/3/2017)

Al Presidente CUG ASL BA

La/il sottoscritta/o.....nata/o ail.....
e residente in.....alla via.....
Indirizzo e-mail.....Tel.....
Dipendente ASL BA, con la qualifica giuridico/economica.....
con contratto a tempo..... assegnato/a alla U.O.
di.....matricola n.....

DICHIARA

Di essere già stato/a ascoltato/a presso "Sportello di Ascolto" CUG ASL BA
(audizione avvenuta il.....Verbale riservato n.....del.....)

FA ISTANZA

Di procedere all'approfondimento istruttorio su quanto riferito/segnalato su scheda di audizione secondo quanto previsto nelle Linee Guida di funzionamento dello Sportello di Ascolto CUG

A tal fine, DICHIARA di essere informata/o, ai sensi della Dlgs 30.06.2003 n°196, che i suoi dati personali/sensibili saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza viene prodotta.

Pertanto, AUTORIZZA codesto CUG, oltre alla consultazione di tutta la documentazione correlata, anche alla consultazione/audizione di soggetti Terzi e/o Esperti, nonché eventuale attivazione Uffici ASL BA competenti , onde consentire la compiuta istruttoria sul caso segnalato.

Dichiara, altresì, sin d'ora, di essere disponibile a fruire del supporto di codesto CUG nell'ipotesi di necessari interventi mediativo/conciliativi presso gli Uffici competenti di codesta ASL BA.

DATA.....

FIRMA
