



COMITATO UNICO DI GARANZIA
cug@aslsalerno.it



Alla Presidente C.U.G.
Dr.ssa Antonietta Sica

Oggetto: Comunicazione di RINUNCIA della segnalazione con richiesta di archiviazione

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ Città _____

Cell. _____ Email: _____

Qualifica Professionale _____

Servizio o Reparto _____

Sede _____

COMUNICA

la rinuncia e la conseguente archiviazione della segnalazione presentata
in data _____ a mezzo: _____ riguardante:

<input type="checkbox"/> PRESSIONI PSICOLOGICHE	<input type="checkbox"/> DISCRIMINAZIONE
<input type="checkbox"/> MOLESTIE SESSUALI	<input type="checkbox"/> DEMANSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> ATTI VESSATORI	<input type="checkbox"/> ESERCIZIO ESASPERATO ED ECCESSIVO DI CONTROLLO
<input type="checkbox"/> IMMOTIVATA MARGINALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/> ESCLUSIONE DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA
<input type="checkbox"/> CRITICHE IMMOTIVATE ED ATTEGGIAMENTI OSTILI	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE)

Luogo _____ **Data** _____ **FIRMA** _____

LA SCHEDA, INDIRIZZATA ALLA PRESIDENTE DEL CUG, VA COMPILATA E TRASMESSA VIA E-MAIL

A:
cug@aslsalerno.it