
luogo e data

Spett.le Farmacia

indirizzo

Oggetto: Richiesta di corresponsione ANNO di quanto previsto dal CCNL Farmacia Privata del 23 luglio 2008 all'art. "Interventi di sostegno per la formazione continua prevista dalle norme che regolano l'E.C.M." e successivo Verbale d'Intesa Federfarma /OOSS del 2 febbraio 2010.

Il/La sottoscritto/a _____ chiede, ai sensi di quanto previsto dal CCNL Farmacia Privata del 23 luglio 2008 all'art. "Interventi di sostegno per la formazione continua prevista dalle norme che regolano l'E.C.M." e successivo Verbale d'Intesa Federfarma /OOSS del 2 febbraio 2010, che gli/le vengano rimborsati: (barrare e compilare le causali seguenti)

☐ Euro _____ per le spese sostenute per la partecipazione ai corsi E.C.M. validamente certificati, (allegare attestati di partecipazione e relative ricevute di pagamento).

☐ L'identità sostitutiva calcolata sulla retribuzione di cui all'art. 58 CCNL pari ad un permesso retribuito di 8 ore, non avendo usufruito del permesso stesso durante l'orario di lavoro per partecipare ai corsi E.C.M., come d documentazione allegata.

Distinti saluti.

Firma

Elenco allegati: