

An das **Lohnbüro**

Sanitätsbetrieb _____

Adresse _____

Betreff: Widerruf der Gewerkschaftsvollmacht

Der/Die unterfertigte Angestellte

Vorname _____

Name _____

Matrikel Nr. _____

Geboren am _____

In _____

widerruft

hiermit seine/ihre Einschreibung in die Gewerkschaft

Hochachtungsvoll

Unterschrift _____

Datum _____

All' **Ufficio stipendi**

Azienda sanitaria di _____

Indirizzo _____

Oggetto: Revoca iscrizione al sindacato

Il /La sottoscritto/a dipendente:

Nome _____

Cognome _____

nr. di matricola _____

nato/a il _____

a _____

revoca

con la presente la sua iscrizione al sindacato

Distinti saluti

Firma _____

Data: _____