

Spettabile
Ufficio Previdenza e Stipendi
sportellodipendente@provincia.tn.it

REVOCA

“RICHIESTA DI NON ADESIONE AL FONDO SANITARIO SANIFONDS TRENINO”

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____

Nato/a il _____ a _____

In servizio presso _____

Con la qualifica di _____

COMUNICA

DI VOLER ADERIRE al Fondo Sanitario Sanifonds Trentino dall'1 gennaio 2023 e pertanto ANNULLA la precedente comunicazione contraria.

Data _____

Firma _____

Inviare il seguente modulo utilizzando per la trasmissione una delle seguenti modalità:

1. via e-mail a sportellodipendente@provincia.tn.it utilizzando la casella di posta istituzionale;
2. via e-mail a sportellodipendente@provincia.tn.it utilizzando una casella di posta privata, allegando in questo caso copia di un documento di identità;
3. per posta: Provincia Autonoma di Trento – Servizio per il Personale – Via Grazioli 1 – 38122 Trento, allegando copia di un documento d'identità.

Il modulo di revoca di sospensione dovrà pervenire entro e non oltre il 30 aprile 2023 ed avrà efficacia a partire dal 1° gennaio 2023 (dopo il 30 aprile eventuali revoche avranno effetto dal 1° gennaio 2024)