

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° 968/DG del 25.05.2012 , n° 1977/DG del 16.11.2012 , n° 0075/DG del 18.01.2013)

DICHIARAZIONE UTENTE

La/il sottoscritta/o.....nata/o a .....il.....

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.....

DEPOSITA

Presso codesto Ufficio Segreteria CUG l'istanza/segnalazione/ esposto, che viene  
acquisita a Protocollo n°..... /..... CUG, ai fini delle valutazioni di competenza.

( ex Regolamento funzionamento CUG e normative aziendali, regionali e nazionali vigenti correlate ).

**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, onde consentire la completa istruttoria sul caso segnalato.**

**Dichiara, altresì, sin d'ora, di essere disponibile alla Sua diretta audizione presso codesto CUG.**

Bari,.....

FIRMA

.....

( operatore di Segreteria accettante..... )