

COMUNICAZIONE **DIMISSIONI VOLONTARIE**

- **COGNOME / NOME** del **Richiedente**

- Telefono _____/E-mail _____

- Mandato di assistenza **Ventre** firmato dal
Richiedente

- Documento di riconoscimento tessera sanitaria del
Richiedente

- Copia ultima busta paga

- PEC Datore di lavoro

- Ultimo giorno di lavoro _____

- Lettera di dimissioni

se non presente UNILAV

Sportello Patronato presso San Lazzaro Medica

Via Ettore Bignone 38/a Pinerolo 10064

0121302389- sportellopatronato20@gmail.com