

SANITASERVICE ASL BA SRL



Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA
Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede Operativa: via Dei Bersaglieri n.3 – 70126 Bari - tel. 080 3217901 – fax 080 3217916
Capitale Sociale Euro 100.000,00 interamente versato
CF - P. IVA 07077140726
[E-mail: direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it](mailto:direzione.amministrazione@sanitaserviceaslba.it)
[Web site: www.sanitaserviceaslba.it](http://www.sanitaserviceaslba.it)

All' Amministratore Unico
Dott. Fabrizio D'Addario

OGGETTO: RECLAMO in relazione al riconoscimento Premio Covid 19

Il/La sottoscritto/a..... ,
nato/a a il, dipendente della
Sanitaservice ASL BA con la matricola: e in servizio presso la sede di:

.....
.....,
con la presente intendo sporgere reclamo nei confronti di codesta società a seguito
dell'attribuzione della fascia relativa al Premio Covid, così come previsto dall'accordo
sindacale con la Regione Puglia del 28.05.2020.

Si dichiara pertanto che lo scrivente all'epoca era normalmente in servizio ed ha effettuato,
nel **periodo 15 marzo 2020 - 15 maggio 2020**:

1. la prestazione lavorativa presso il P.O. di
nell'U.O./Reparto:.....
2. di aver prestato inoltre dei turni di lavoro con **attività che effettivamente
hanno avuto a che fare con il contrasto all'emergenza epidemiologica**,
avendo effettuato l'attività di

Chiede pertanto il riconoscimento di n°..... turni prestati rientranti tra quelli
previsti nell'accordo sindacale del 28.05.20 in fascia

Si allegano quindi insieme al proprio documento di riconoscimento, in
corso di validità, i seguenti documenti che ne certificano la veridicità di
quanto dichiarato nel presente documento:

Data ____/____/2024

FIRMA _____

N.B. Il presente reclamo dovrà essere consegnato **entro e non oltre il 30 giugno 2024**, all'indirizzo email:
reclamopremiocovid@sanitaserviceaslba.it