

Al Direttore Generale
ASL 2 Abruzzo

Oggetto: Richiesta di reintegro o pagamento delle ore eccedenti decurtate

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il
_____, residente in _____, via _____,
in qualità di (qualifica) _____, n. matr. _____,
in servizio presso la struttura di _____,
con la presente invita la S.V. a provvedere con urgenza al reintegro o al pagamento delle ore
eccedenti accumulate a titolo di lavoro ordinario e/o straordinario, risultanti dal residuo della banca
ore maturata dalla data di assunzione fino ad oggi.
Si segnala, altresì, che la riduzione (azzeramento) delle suddette ore eccedenti risulta del tutto
illegittima, in quanto avvenuta senza alcun preavviso né comunicazione formale.
Per tali motivi, con la presente, **diffido formalmente la S.V.** a provvedere al reintegro delle ore
eccedenti illegittimamente annullate o, in alternativa, al pagamento delle somme corrispondenti alle
ore residue maturate, entro e non oltre 7 (sette) giorni dal ricevimento della presente.
In difetto, mi riservo di adire le vie legali per la tutela dei miei diritti e interessi.

Luogo e data: _____

In fede