

Al Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane
Dott. Giuseppe Esposito
sgru@pec.aslnapoli3sud.it

**Al Dirigente Amministrativo
Settore Personale Convenzionato**
Dott. Giuseppe Di Maio
sper.convenzionato@pec.aslnapoli3sud.it

OGGETTO: Recesso dall'incarico a tempo indeterminato di Specialistica/Professionista Ambulatoriale.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il ____/____/_____, n. di cellulare _____,
specialista/professionista ambulatoriale nella branca di _____, titolare dell'incarico a tempo
indeterminato di Specialistica/Professionista Ambulatoriale presso questa Azienda, per:

n. _____ ore settimanali presso _____,
n. _____ ore settimanali presso _____,
n. _____ ore settimanali presso _____,
n. _____ ore settimanali presso _____;

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 38, comma 1, dell'A.C.N. per la Specialistica Ambulatoriale del 31/03/2020 e ss.mm.ii.

La cessazione dell'incarico de quo a decorrere dal ____/____/_____, con ultimo giorno lavorativo il
____/____/_____, rispettando il preavviso di 60 giorni previsto dall'art. 38, comma 1, lettera a) dell'A.C.N.
per la Specialistica Ambulatoriale del 31/03/2020 e ss.mm.ii..

SI IMPEGNA

- Ad allegare alla presente copia di un **documento di riconoscimento** in corso di validità;
- A trasmettere la presente, altresì, al Direttore dell'articolazione aziendale presso cui presta servizio (Distretto/Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Unità Operativa Complessa);
- **In caso di richiesta di cessazione anticipata**, a richiedere il **nulla osta** al Direttore dell'articolazione aziendale (Distretto/Presidio Ospedaliero/Dipartimento/Unità Operativa Complessa) presso cui presta servizio.

Data e Luogo

Firma

____/____/_____
