

**Al Direttore dell'U.O.C. Gestione Risorse Umane**  
Dott. Giuseppe Esposito  
[sgru@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:sgru@pec.aslnapoli3sud.it)

**Al Dirigente Amministrativo  
Settore Personale Convenzionato**  
Dott. Giuseppe Di Maio  
[sper.convenzionato@pec.aslnapoli3sud.it](mailto: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**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_