

RICHIESTA DI DIMISSIONI VOLONTARIE

Spett. A.S.L. n..3 "Genovese"
S.C Servizio Amministrazione del Personale
S.S. Selezione e gestione personale medico convenzionato
Via G. Maggio, 6
16147 GENOVA

Oggetto: Recesso dall'incarico di medico di medicina generale
pediatra di libera scelta

I Sottoscritt_ Dr. _____,
nat_ a _____ prov. _____
il _____, convenzionato con ASL 3 "Genovese" dal _____
Cod. reg. n. _____, chiede la recessione dal rapporto di convenzione in qualità di medico
- *di medicina generale / pediatra di libera*, scelta in ottemperanza agli art. 19 dei vigenti A.C.N. di
categoria.

Tale rapporto dovrà cessare con decorrenza a far data dal: _____,
dichiaro pertanto che il giorno _____ sarà l'ultimo giorno lavorativo.

Si richiede inoltre, al termine del rapporto, dichiarazione attestante:

1. la data di cessazione del rapporto
2. la natura dell'attività prestata
3. gli eventuali periodi di sospensione dal rapporto di convenzione

Genova, li _____

Timbro e Firma del richiedente _____