

RICHIESTA DI DIMISSIONI VOLONTARIE

Spett.Le ASL 3
Direzione Socio Sanitaria
SC Cure Primarie
Viale Bracelli 1/3
16142 GENOVA

Oggetto: Recesso dall'incarico di medico

**di medicina generale
pediatra di libera scelta**

Il sottoscritto Dr. _____,

nato a _____ prov. _____

il _____, convenzionato con ASL 3 "Genovese" dal _____

Cod. reg. n. _____ comunica la recessione dal rapporto di convenzione in qualità di medico di medicina generale / *pediatra di libera scelta*, in ottemperanza agli art. 24 (Med.Gen.) e 23 (Spec.Ped) 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.

I Sottoscritt Dr. _____

Si impegna, inoltre, a restituire al Distretto di competenza la chiavetta per la linea ADSL del secondo studio, previa cancellazione di tutti i dati sensibili in essa contenuti.

Timbro e Firma del richiedente

Genova, li _____
