

RICHIESTA DI DIMISSIONI VOLONTARIE

Spett.Le ASL 3
Direzione Socio Sanitaria
SC Cure Primarie
Viale Bracelli 1/3
16142 G E N O V A

**Oggetto: Recesso dall'incarico di medico di assistenza primaria ad attività oraria
di emergenza sanitaria territoriale
di assistenza penitenziaria**

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 assistenza primaria attività oraria / di emergenza sanitaria territoriale / di
assistenza penitenziaria, in ottemperanza all'art. 24 del vigente 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.

Timbro e Firma del richiedente

Genova, li _____
