

## POLICLINICO TOR VERGATA

**Al Direttore Generale  
del Policlinico Tor Vergata  
Viale Oxford, 81  
00133 Roma**

**Oggetto: comunicazione dimissioni.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), il \_\_\_\_\_,  
e residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_,

medico specialista convenzionato ai sensi dell'ACN del 31.03.2020 in quanto:

- titolare di rapporto a tempo indeterminato  
branca \_\_\_\_\_;
- con incarico di sostituzione  
branca \_\_\_\_\_;

consapevole **dei termini di preavviso** previsti per tale fattispecie, dichiara di voler **RECEDERE** dall'attuale rapporto di lavoro.

A tal proposito dichiara che l'ultimo giorno lavorativo sarà il \_\_\_\_\_

Distinti saluti

**Roma, li \_\_\_\_\_**

***In fede***

\_\_\_\_\_

*Recapito presso il quale inviare eventuali comunicazioni, se diverso dalla residenza:*

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

CAP \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_.

Tel. \_\_\_\_\_.