

## POLICLINICO TOR VERGATA

AL DIPARTIMENTO RISORSE UMANE  
E RELAZIONI SINDACALI

Il/La sottoscritto Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_ n. matricola \_\_\_\_\_

titolare di rapporto regolato dall'ACN 17.12.2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti e le altre professionalità ambulatoriali a tempo indeterminato/determinato e di sostituzione in servizio presso la UOC/Struttura \_\_\_\_\_

**DICHIARA DI AVER EFFETTUATO IL CAMBIO TURNO NEI GIORNI DI SEGUITO INDICATI:**

- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore
- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore
- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore
- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore
- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore
- Il giorno \_\_\_\_\_ sostituisce il giorno \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore

Data \_\_/\_\_/20\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

**IL DIRETTORE/RESPONSABILE**

\_\_\_\_\_