

FONDAZIONE PTV POLICLINICO TOR VERGATA

**Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario
Policlinico Tor Vergata**

Oggetto: Comunicazione dimissioni volontarie

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

medico ed altre professionalità ambulatoriali convenzionate ai sensi dell'ACN del 04/04/2024 in quanto:

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

consapevole **dei termini di preavviso** (che decorrono dalla data del protocollo del presente modulo) previsti per tale fattispecie, dichiara di voler **RECEDERE** dall'attuale rapporto di lavoro.

Motivazione della cessazione dell'incarico convenzionale ai sensi dell'art. 38 dell'ACN del 04/04/2024 per medici specialisti ed altre professionalità: _____

Comunico altresì, che al momento delle dimissioni:

- avrò un incarico come specialista ambulatoriale interno presso l'Azienda di _____
- non avrò un incarico come specialista ambulatoriale interno presso altre Aziende, (in questo caso allegare autocertificazione dello stato di servizio degli incarichi a tempo indeterminato come specialista ambulatoriale svolti presso altre Aziende del S.S.N.)

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. _____.