

Da trasmettere a:  
Direttore / Responsabile struttura di afferenza

\_\_\_\_\_

UOS Servizio Personale Convenzionato

**RICHIESTA RIDUZIONE ORARIA DELL'INCARICO**  
**(ai sensi dell'art. 31 dell'A.C.N. del 04/04/2024)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di essere Specialista Ambulatoriale Interno/Professionista titolare di un incarico a tempo indeterminato per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per la branca/area professionale di \_\_\_\_\_ presso la seguente struttura \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la riduzione dell'orario di incarico per n. \_\_\_\_\_ ore sett.li a decorrere dal \_\_\_\_\_ (preferibilmente dal 1° giorno del mese)

A fronte della suddetta riduzione, la nuova articolazione oraria e le sedi di attività condivise con il Responsabile saranno le seguenti:

GIORNO	ORARIO	SEDE DI ATTIVITÀ
Lunedì		
Martedì		
Mercoledì		
Giovedì		
Venerdì		

**Si precisa che lo specialista ambulatoriale, il veterinario o il professionista a tempo indeterminato può chiedere la riduzione dell'orario di incarico, dopo aver svolto almeno un anno di servizio, in misura non superiore alla metà delle ore di incarico assegnate, con un preavviso non inferiore a 60 (sessanta) giorni. Una successiva richiesta potrà essere presentata solo dopo un anno dalla data di decorrenza dell'orario ridotto.**

Luogo, data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma dello specialista / professionista)

**N.B.: allegare copia di un documento di identità**

La riduzione richiesta verrà accolta solo previo parere del Direttore / Responsabile:

- non favorevole  
 favorevole con decorrenza dal \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI STRUTTURA

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Trasmettere via PEC a [protocollo.aulss2@pecveneto.it](mailto:protocollo.aulss2@pecveneto.it)  
oppure via email a [protocollo@aulss2.veneto.it](mailto:protocollo@aulss2.veneto.it)