

## RICHIESTA CERTIFICATO DI SERVIZIO

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

### DICHIARA

di essere Specialista Ambulatoriale Interno/Professionista titolare di incarico a tempo determinato/ indeterminato/provvisorio/di sostituzione per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali per la branca/area professionale di \_\_\_\_\_ a decorrere dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) \_\_\_\_\_ indirizzo di posta elettronica (email) \_\_\_\_\_

### CHIEDE

un certificato di servizio per il seguente uso:

- ai fini pensionistici
- per ricongiunzione dei periodi lavorati
- graduatoria
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**I certificati rilasciati dalla presente amministrazione non possono essere prodotti agli organi della Pubblica Amministrazione e/o ai privati gestori di pubblici servizi.**

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

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

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

---

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)