

Da trasmettere a:
Direttore / Responsabile struttura di afferenza

UOS Servizio Personale Convenzionato

RICHIESTA CESSAZIONE DELL'INCARICO
(ai sensi dell'art. 38 dell'A.C.N. del 04/04/2024)

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 _____ presso la seguente struttura _____

MANIFESTA

la volontà di recedere dal rapporto di lavoro a decorrere dal _____ (indicare il 1° giorno non lavorato), per:

- acquisizione altro incarico SAI dal _____
- mantenimento altro incarico SAI in essere presso _____
- accentramento/completamento orario presso _____
- diritto a pensione
- passaggio alla dipendenza SSN
- altro (specificare) _____

Precisa, inoltre, di svolgere/aver svolto incarichi quale Specialista Ambulatoriale Intero **a tempo indeterminato**, presso altre Aziende ULSS come di seguito riportato:

presso Azienda ULSS _____ dal _____ al _____
presso Azienda ULSS _____ dal _____ al _____
presso Azienda ULSS _____ dal _____ al _____

NB: I periodi sopra riportati sono gli unici che saranno considerati ai fini del calcolo del premio di operosità. Ove lo spazio sopra dedicato non fosse sufficiente, si chiede di allegare al presente modulo una dichiarazione in carta semplice con l'elenco degli incarichi prestati nel corso dell'intera carriera di specialista ambulatoriale interno.

Si precisa che il recesso dello specialista ambulatoriale, del veterinario e del professionista, ha effetto dal 60° giorno successivo dalla data di invio della lettera di comunicazione. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti.

DICHIARA ALTRESÌ

Di possedere il seguente indirizzo email (personale) _____
e il seguente indirizzo PEC _____

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

Luogo, data _____

(firma dello specialista / professionista)

**DA FAR FIRMARE SOLO IN CASO DI CESSAZIONE ANTICIPATA
RISPETTO AL TERMINE CONTRATTUALE**

Valutate le esigenze aziendali, si esprime nulla osta alla cessazione con decorrenza anticipata.

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DI STRUTTURA

(timbro e firma)

Trasmettere via PEC a protocollo.aulss2@pecveneto.it
oppure via email a protocollo@aulss2.veneto.it