

A.S.L. RIETI  
U.O.C. Politiche del Personale  
VIA DEL TERMINILLO, 42  
02100 RIETI

PEC:medicinaconvenzionata.asl.rieti@pec.it

Il/la sottoscritto/a dr. \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Specialista Ambulatoriale Interno nella branca di:

\_\_\_\_\_ per n° di ore \_\_\_\_\_

con anzianità di incarico a tempo indeterminato presso la ASL di Rieti dal:

\_\_\_\_\_

#### CHIEDE

Il trasferimento di n° ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la sede vacante di \_\_\_\_\_

Il trasferimento di n° ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la sede vacante di \_\_\_\_\_

Il trasferimento di n° ore settimanali \_\_\_\_\_ c/o la sede vacante di \_\_\_\_\_

#### COMUNICA

di rinunciare contestualmente alle ore d'incarico svolte attualmente:

presso la sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

presso la sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

presso la sede di \_\_\_\_\_ per n° ore settimanali \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_