

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: _____

Presso la ASL di _____ per n° di ore _____

Presso la ASL di _____ per n° di ore _____

Presso la ASL di _____ per n° di ore _____

Presso la ASL di _____ per n° di ore _____

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

CHIEDE

Al sensi dell'art. 20 comma 2 dell'ACN vigente:

Il Completamento Orario di n° ore settimanali _____ c/o la sede di _____

Ai sensi dell'art. 20 comma 3 dell'ACN vigente:

L'Accentramento Orario di n° ore settimanali _____ c/o la sede di _____

Previa rinuncia a n° ore settimanali _____ c/o la ASL di _____ ovvero altra
struttura _____

Data _____

Firma _____