SERVIZIO GESTIONE RISORSE UMANE
Via G. Marconi, 66 – 80059 Torre del Greco (NA)
e-mail: sgru@aslnapoli3sud.it **PEC**: sgru@pec.aslnapoli3sud.it
PEC: sper.convenzionato@pec.aslnapoli3sud.it
Sito: www.aslnapoli3sud.it

Al **Direttore Generale**
Dott. Giuseppe Russo
protocollo@pec.aslnapoli3sud.it

OGGETTO: **Recesso** dall'incarico a tempo indeterminato di Pediatria di Libera Scelta.

Il/la sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il ____/____/_____, n. di cellulare _____, PEC _____, Pediatra di Libera Scelta, titolare di incarico presso l'ambito territoriale di _____, afferente al Distretto _____

CHIEDE

Ai sensi dell'art. 23, comma 1, dell'A.C.N. per la Pediatria di Libera Scelta del 25/07/2024

La cessazione dell'incarico de quo a decorrere dal _____/_____/_____, con ultimo giorno lavorativo il _____/_____/_____, ai sensi della:

☐ **Lettera a)** ossia recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. 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;

☐ **Lettera b)** ossia compimento del 70° anno di età, fatte salve diverse disposizioni normative.

SI IMPEGNA

- Ad allegare alla presente copia di un **documento di riconoscimento** in corso di validità;
- A trasmettere la presente, altresì, al Direttore del Distretto di appartenenza;
- **In caso di richiesta di cessazione anticipata**, a richiedere il **nulla osta** al Direttore del Distretto presso cui presta servizio.

Data e Luogo **Firma**

____/____/_____ _____ _____