

Alla S.C. Gestione del Personale

Ufficio medicina convenzionata

Da spedire via PEC a:

asugi@certsanita.fvg.it

Da anticipare via e-mail a:

medicina.convenzionata@asugi.sanita.fvg.it

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il __/__/____, a
_____, CRM/Matricola _____

- Titolare di incarico a tempo indeterminato;
- Titolare di incarico provvisorio;

di

- Medico di Medicina Generale per l'Assistenza Primaria;
- Pediatra di Libera Scelta;
- Medico presso il Servizio di Continuità Assistenziale;
- Medico per l'Emergenza Sanitaria Territoriale;

comunica

la cessazione del rapporto convenzionale a decorrere dal __/__/____ (ultimo giorno lavorativo il __/__/____).

Distinti saluti.

Data _____

(firma e timbro)