

Al Sig. Direttore UOC Anestesia e Rianimazione

Al Sig. Direttore UO Gestione del personale

e, p.c.

Al Sig. Direttore Generale

Azienda Ospedaliera/Sanitaria

Luogo, data _____

Oggetto: prestazioni aggiuntive

Il/la sottoscritto/a Dr/D.^{SSA} _____ matr. _____,

Dirigente Medico a tempo determinato/indeterminato in servizio c/o l'UO in indirizzo di codesta

Azienda Ospedaliera/Sanitaria, Presidio Ospedaliero di _____

COMUNICA

di rinunciare temporaneamente, a far data dal _____ e fino ad eventuale nuova

notifica, all'effettuazione di prestazioni aggiuntive ex art. 55 CCNL 1998/2001 ed a turni di guardia

notturni ex art. 18 CCNL 2002/2005.

Cordiali saluti

Dr/D.^{SSA} _____