

*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.<sup>SSA</sup> \_\_\_\_\_ 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.<sup>SSA</sup> \_\_\_\_\_