All'Azienda USL TOSCANA CENTRO
pec: personaleconvenzionato@postacert.toscana.it

OGGETTO: Comunicazione cessazione del rapporto convenzionale in qualità di medico del ruolo unico di assistenza primaria

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa_____, nato/a il_____, (codice regionale_____), medico del ruolo unico di assistenza primaria iscritto nell'ambito territoriale di _____, con la presente comunica il recesso dalla convenzione, ai sensi dell'art. 24 comma 1 lettera a) dell'ACN 15.01.2026 e ss.mm.ii.:

☐ Recesso_____
(*indicare i motivi es. diritto a pensione, recesso volontario, etc.* – **da comunicare all'Azienda con un preavviso di almeno 60 giorni**)

☐ Trasferimento a _____
(**da comunicare all'Azienda con un preavviso di almeno 30 giorni**)

con decorrenza dal_____ (ultimo giorno di convenzione il _____).

Allego copia di un valido documento di identità

Cordiali saluti.

_____, Lì _____ _____
Firma

Per ogni comunicazione: _____ (pec)