



DICHIARAZIONE DI **REVOCA** DALLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA'
AGGIUNTIVE DI SUPPORTO ALL'ATTIVITA' PRIVATA

Il/La sottoscritto/a
matricola n
nato/a a il.....
con qualifica di.....
assegnato/a al Servizio/Sala operatoria.....
U.O. di appartenenza.....
Profilo Professionale.....

Dichiara di volere revocare la propria disponibilità alle Attività aggiuntive di supporto all'Attività privata, secondo quanto disposto dall'allegato Verbale di Accordo.

Tale dichiarazione rende attuativa la revoca, almeno due mesi successivi alla data in calce e determina che non si possa più essere inclusi nell'attività aggiuntiva di supporto all'attività privata prima di 12 mesi.

In fede

DATA

FIRMA

VISTO IL RESPONSABILE
