

All'Azienda USL TOSCANA CENTRO

Area Personale Convenzionato

pec:[personaleconvenzionato@postacert.toscana.it](mailto:personaleconvenzionato@postacert.toscana.it)

**OGGETTO:** Comunicazione cessazione del rapporto convenzionale in qualità di pediatra di libera scelta

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
(codice regionale \_\_\_\_\_), nato/a il \_\_\_\_\_, medico pediatra di libera scelta nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_, con la presente comunica il recesso dalla convenzione, ai sensi dell'art. 23 comma 1 lettera a) dell'ACN 25.07.2024:

Recesso \_\_\_\_\_

*(indicare i motivi es. recesso volontario, compimento 70° anno di età, diritto a pensione, 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.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Firma*

Per ogni comunicazione: \_\_\_\_\_ (pec)