

**OGGETTO:** Comunicazione cessazione del rapporto convenzionale in qualità di medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_,  
(codice regionale \_\_\_\_\_), medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta nell'ambito territoriale di \_\_\_\_\_,  
con la presente comunica il recesso dalla convenzione, ai sensi dell'art. 24 comma 1 lettera a) dell'ACN 04.04.2024:

- 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.

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

\_\_\_\_\_  
Firma

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