

Dottor _____

Via _____

Spett.le A.S.L. n° _____
Ufficio Convenzioni
Medicina dei Servizi

OGGETTO: **Comunicazione di recesso dal rapporto di convenzione
ai sensi dell'art. 19, punto c, dell'A.C.N. 29.07.2009**

Con la presente comunico che intendo recedere dal rapporto di Medico
Convenzionato che intrattengo con Codesta A.S.L. per la **Medicina dei Servizi**.

Il preavviso di sessanta giorni – previsto dall'articolo a margine citato – decorrerà
dal _____ a tutto il _____.

Distinti saluti.

data _____