

Dottor _____

Via _____

N. Codice Regionale _____

Spett.le A.S.L. N. _____

Ufficio Convenzioni
Assistenza primaria

OGGETTO: Comunicazione di recesso dal rapporto di convenzione ai sensi dell'art.6, comma 1,
punto c – DPR 484/96.

Con la presente comunico che intendo recedere dal rapporto di Medico Convenzionato che intrattengo con Codesta A.S.L. per l'assistenza primaria.

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

Pertanto il mio studio, sito in _____ a fare data dal _____ resterà chiuso.

Sarà mia premura, allo scadere dei trenta giorni, provvedere alla restituzione del timbro personale e dei ricettari regionali.

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____