

FAC SIMILE DIMISSIONI MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Luogo : _____ Data : _____

Dati del Medico :

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Numero di Iscrizione all'Ordine : _____

Dati del Paziente :

Nome e Cognome : _____

Codice Fiscale : _____

Data di Nascita : _____

Oggetto :

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa, con la presente, comunica la propria dimissione dal ruolo di Medico di Medicina Generale, ai sensi della normativa vigente, con effetto immediato e senza necessità di preavviso, salvo diverso accordo con l'Azienda Sanitaria Locale.

Dichiarazioni :

1. Il sottoscritto dichiara di aver adempiuto a tutti gli obblighi professionali fino alla data odierna.
2. Si impegna a garantire la continuità assistenziale fino al termine dell'incarico, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'ASL.
3. Manleva l'Azienda Sanitaria Locale da qualsiasi responsabilità successiva alla data di dimissione.
4. Restituisce tutto il materiale, i documenti e le attrezzature in suo possesso relativi all'attività professionale svolta.
5. Richiede che la cessazione del rapporto venga formalmente registrata e comunicata agli enti competenti.

Firma del Medico : _____

Firma del Rappresentante ASL : _____

Firma del Medico

Firma del Rappresentante ASL

Firma : _____

Firma : _____

Fonte originale di questo documento:

<https://dimissioni-facili.com/fac-simile-dimissioni-medico-di-medicina-generale/>

Questo modello ti è stato utile?

Scopri altri modelli aggiornati su:

<https://dimissioni-facili.com>

Vedi più modelli

Questo modello è destinato esclusivamente a un uso personale e non commerciale.
Qualsiasi diffusione o pubblicazione deve citare obbligatoriamente la fonte.

Questo modello è fornito a solo scopo informativo e non costituisce consulenza legale.
Si consiglia di consultare un professionista qualificato per situazioni specifiche.