

**AL COMITATO ZONALE  
SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
c/o ASP di COSENZA**

In considerazione delle nuove disposizioni contenute nell' art. 18 comma 1 ACN 2015, che prevedono, prima di procedere alla pubblicazione delle ore relative a nuovi incarichi, il completamento orario fino al raggiungimento del tempo pieno (38 ore settimanali) per gli specialisti già titolari a tempo indeterminato, al fine di continuare a garantire l'avvicinamento nelle sedi più vicine alla propria residenza degli specialisti con maggiore anzianità di incarico, prima di procedere all'assegnazione di nuove ore.

Il sottoscritto .....

Specialista in .....

con anzianità di incarico .....

Titolare di n° ..... ore settimanali,

nell' eventualità di richiesta da parte dell'Azienda di nuove ore nella propria branca,

**chiede :**

a) lo spostamento preventivo di n° ..... ore dal Poliambulatorio di

..... Distretto di .....

al Poliambulatorio di ..... Distretto di .....

b) il completamento orario presso il Poliambulatorio di .....

Distretto di .....

(in caso di mancato raggiungimento delle ore o di rinuncia contestuale dello stesso numero di ore in altra sede).

Data

Firma