**Al Commissario Straordinario**

**Al Direttore UOC Risorse Umane**

**Al Presidente del Comitato Zonale**

**ASP DI COSENZA**

Il/La sottoscritto/a Dott./ssa ............................................................................................................................... ,  nato/a a  ...........................................................................................................      il ................................................

e residente a ...........................................................................    in via ...................................................................  ,

laureato/a in Medicina e Chirurgia il ............................ ,

specializzato/a in ...........................................................................................................  ,

iscritto/a all’Albo …………………………………………………………….…………. della Provincia di …………………………………..…….. ,

con incarico di Specialista Ambulatoriale interno a tempo indeterminato presso l'ASP di Cosenza per un numero di ……………………… ore settimanali,

CHIEDE

alla S.V. di poter fruire dell’indennità di rapporto esclusivo per l’anno 2020, ai sensi dell'art. 45 dell’ACN Specialistica Ambulatoriale 2020.

Cosenza, ...................................

firma  .............................................................................

Si allega:

A) Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto Notorio;

B) copia del documento d’identità.