REGIONE LOMBARDIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI COMO

Via Pessina n. 6 – 22100 Como
codice fiscale e partita IVA 02356740130

U.O. Gestione Convenzioni/Accreditamento – Via Castelnuovo n. 1 – 22100 Como Tel 031/370.111 – Telefax 031/370.227

RACCOMANDATA A.R.

ADN -Al dr.
Genovese Corletto
Via IV Novembre 25
Lurido Comasco

Prot. n. 37
Li, 21 MAG. 1998

Oggetto: Conferimento incarico a tempo indeterminato servizio Continuità Assistenziale.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 dell'Accordo Collettivo Nazionale di cui al DPR 484/96, si comunica che alla S.V. è stato conferito con deliberazione n. 313 del 1.5.98 nell'ambito del servizio di Continuità Assistenziale gestito da questa A S L di Como, incarico a tempo indeterminato a decorrere dal 1.5.98 per n. 12 ore settimanali.

L'incarico predetto potrà essere revocato o decarere in qualunque momento qualora si verificano le condizioni previste dal predetto accordo.

Per l'espletamento dei turni di cui sopra la S.V. dovrà attenersi alla normativa convenzionale e alle disposizioni di carattere organizzativo di competenza di questa A S L di Como.

Distinti saluti.

IL RESPONSABILI
DELL'AREA CONVENZIONI
(DR. ERMANNO MARSIGLIA)

IL RESPONSABILE
GUARDIA MEDICA / 118
(DR. VINCENZO MUNGIGUERRA)

Il sottoscritto dott. ..... dichiara di aver preso visione della normativa di cui all'A.C.N. per la regolamentazione dei rapporti con i medici addetti al servizio di Continuità Assistenziale e di accettare le modalità di espletamento del servizio e gli adempimenti di competenza ivi contenuti. (1)

In fede.

Data ..... Firma .....

(1) Da restituire copia, debitamente firmata, pena la decadenza, entro i dieci giorni successivi al ricevimento della presente, all'U.O. Convenzioni – Ufficio Continuità Assistenziale – Como Via Castelnuovo, 1.