

**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE
RIETI**

VIALE MATTEUCCI N. 9 – 02100 RIETI
Centralino: 0746 – 2781
Codice Fiscale e Partita IVA 00821180577

Rieti,

PROT. N. _____
(da citare nella risposta)

Struttura _____

**Alla UOC Amministrazione del Personale
Al Medico Competente
Al Servizio Radioprotezione
Alla UOC Controllo di Gestione
Al Servizio Prevenzione e Protezione
Alla UOC Sistema Informatico**

Oggetto: Cessazione dal servizio

Dati relativi al dipendente

COGNOME _____
NOME _____
PROFILO PROFESSIONALE _____
CATEGORIA _____

Tipologia rapporto di lavoro

TEMPO DETERMINATO <input type="checkbox"/>	TEMPO INDETERMINATO <input type="checkbox"/>
--	--

Cessazione dal servizio

DATA DI CESSAZIONE DAL SERVIZIO/...../200.....
SEDE DI SERVIZIO _____
UNITA' ORGANIZZATIVA _____
CENTRO DI COSTO _____

Dati Rilpres

MATRICOLA _____

Firma del Responsabile della Struttura (Timbro e Firma)
