

Al Direttore della U.O. \_\_\_\_\_

Alla Direzione Medica del P.O. \_\_\_\_\_

Alla SC GRU

p.c. Al Direttore Sanitario

**OGGETTO: Proposta nominativo specialista ambulatoriale per sostituzioni di durata non superiore a 10 (dieci) giorni ai sensi del vigente ACN di categoria**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_, titolare di incarico a tempo indeterminato/determinato di specialistica ambulatoriale branca \_\_\_\_\_ per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali, presso la U.O. \_\_\_\_\_ del P.O. \_\_\_\_\_ propone il Dott. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_, quale proprio sostituto, ai sensi del vigente A.C.N. di categoria, per sostituzioni di durata non superiore a 10 (dieci) giorni, il quale è (*barrare la relativa casella*) :

- già titolare di incarico presso l'AORN Santobono - Pausilipon
- iscritto nella graduatoria relativa all'ambito zonale di Napoli.

**Luogo e data**

**firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visto  
del Responsabile della U.O.  
per autorizzazione

\_\_\_\_\_