

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE BASILICATA



Prot. N.

Matera, _____

AL DIRETTORE GENERALE
ASM - AZIENDA SANITARIA LOCALE
MATERA

e p.c. Ufficio Stipendi
ASM - AZIENDA SANITARIA LOCALE

Al Responsabile
Attività Libero Professionale

S E D E

Opzione rapporto lavoro non esclusivo.

Il sottoscritto _____

in servizio presso _____

in qualità di _____

esercita l'opzione per il rapporto di lavoro non esclusivo con effetto dal 1/1/_____ ai sensi dell'art. 15
quater D.Lgs. 30/12/92 n. 502 (D.L. 81/2004 convertito con legge n. 138 del 26/5/2004).

Distinti saluti.

Matera, _____

FIRMA
