

Personale Convenzionato
Via Casal Bernocchi, 73
personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **ENDOCRINOLOGIA**

Il/la Sottoscritt__ Dr_____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branca di **Endocrinologia**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3 con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____
Martedì _____
Mercoledì _____
Giovedì _____
Venerdì _____
Sabato _____

con **anzianità unificata** dal _____ (per anzianità unificata si intende la data del primo incarico in qualità di titolare specialista/professionista ambulatoriale)
recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

Di partecipare all'avviso interno prot. _____ del _____ per l'aumento orario con l'attribuzione dei sottoindicati turni vacanti:

1° TURNO: Disponibile Non Disponibile

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casal Bernocchi	12	Lunedì 13.00 - 19.00 Martedì 08.00 - 14.00 <u>Attività:</u> Telemedicina	01/09/2022

2° TURNO: **Disponibile** **Non Disponibile**

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casal Bernocchi	16	Mercoledì 13.00 – 19.00 Venerdì 08.00 – 14.00 Sabato 08.00 - 12.00 <u>Attività:</u> Telemedicina	01/09/2022

(Barrare con la X il turno scelto)

Dichiara altresì

- Di non essere titolare presso altre Aziende
 Di essere titolare presso altre Aziende come di seguito indicato

presso la ASL _____, per n. _____ ore settimanali

presso la ASL _____, per n. _____ ore settimanali

Allega:

- Autorizzazione del responsabile alla modifica orario in caso di sovrapposizione
 Dichiarazione di rinuncia ore eccedenti espletate presso altre Aziende

Luogo e data

Firma
