

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

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000, di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branchia di **Ortopedia** 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 del sottoindicato turno vacante:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Poliambulatorio di Fregene - Fiumicino	6	Giovedì 08.00 - 14.00	01/09/2022

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
