

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

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 **Odontoiatria**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3 con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

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

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 per l'aumento orario, di n. 8 ore settimanali, da attribuire anche mediante frazionamento orario, con la seguente modalità:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
<input type="checkbox"/> Corviale	4	Giovedì 08.30 – 12.30 Attività: Protesi mobile e fissa	01/11/2022
<input type="checkbox"/> Corviale	4	Giovedì 13.00 – 17.00 Attività: Ortodonzia mobile e fissa	

(Barrare il turno richiesto)

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
