

AVVISO INTERNO
MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ nato il (gg/mese/anno) _____ / _____ / _____ laureat _____ il (gg/mese/anno) _____ / _____ / _____ con voto di laurea _____ Titolare a Tempo Indeterminato nella Medicina dei Servizi Territoriali presso la ASL Roma 3 a decorrere dal (gg/mese/anno) _____ / _____ / _____ per numero ore settimanali _____ con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

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

recapito telefonico: _____ mail _____
pec _____

**CHIEDE DI PARTECIPARE ALL'AVVISO INTERNO PER L'AUMENTO ORARIO DEI
SOTTOINDICATI TURNI VACANTI:**

Centri vaccinali	Orario	Decorrenza
Via Giorgio Giorgis,56 (Fiomicino) Casa della Salute Palidoro Largo Girolamo da Montesarchio (Acilia) Casa della Salute Ostia Via Serafino Belfanti, 76 (Massimina) Via della Consolata,52 (Pisana) Via F. Oznam, 126 (Gianicolense) Via Portuense, 575	da definire in accordo con il Responsabile del Servizio	Gennaio 2023

DICHIARA LA SEGUENTE DISPONIBILITA' ALL'INCREMENTO ORARIO:

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

Luogo e data

Firma
