

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

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **MEDICINA DEL LAVORO**

Il/la Sottoscritt___ Dr_____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Brancha di **Medicina del Lavoro**, 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 per l'aumento orario con l'attribuzione dei sottoindicati turni
vacanti:

1° TURNO: Disponibile Non Disponibile

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Poliambulatorio Via Ramazzini n.31	20	Lunedì e Mercoledì 07.30 - 17.30	01/05/2023

Si specifica che per garantire la continuità della presa in carico dei pazienti cronici, il turno non può essere frazionato

2° TURNO: Disponibile Non Disponibile

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Poliambulatorio Via Ramazzini n. 31	12	Martedì e Venerdì 08.00 - 14.00	01/05/2023

Si specifica che per garantire la continuità della presa in carico dei pazienti cronici, il turno non può essere frazionato

(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
