

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Otorinolaringoiatria** 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 del sottoindicato turno
vacante **non frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Lunedì	6	Presidio Ponte Galeria 08.00 – 14.00	01.06.2023

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
