

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI MEDICINA LEGALE

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Medicina Legale** 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:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
V. Paolini	14	Martedì 08.00 – 13.00 Servizio di Ispettorato per “gravidanza a rischio”	01.04.2023
V. Coni Zugna		Martedì 13.30 – 17.30 Servizio di Ispettorato per “gravidanza a rischio”	
V. Paolini		Giovedì 14.00 – 19.00 Servizio certificativo per Adozioni e Collegio Medico Legale	

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

Allèga: _____

- ☐ Autorizzazione del responsabile alla modifica orario in caso di sovrapposizione
- ☐ Dichiarazione di rinuncia ore eccedenti espletate presso altre Aziende

Luogo e data

Firma _____