

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Neurologia**, 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. degli Orti n. 10	4	Martedì 09.00 - 13.00 Servizio Disabili e Adulti	01/04/2023
Via Ramazzini n. 15	3	Martedì 14.00 – 17.00 Servizio Disabili e Adulti	

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
