

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI FISIATRIA

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di _____, 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, *anche frazionabile*:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Presidio V. Ramazzini	35	Lun/Gio 13.00 – 18.00 Mar/Sab 8.00 – 13.00 <u>Attività Ambulatoriale</u> Lun/Gio 8.00 – 13.00 Mart 13.00 – 18.00 <u>Attività CAD</u>	01/04/2023

Si dichiara la seguente disponibilità oraria _____

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
