

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

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

Presidio	Ore Settimanali	Orario /Competenze	Attività	Decorrenza
Pol. Coni Zugna	17	Lunedì 08.30 – 13.30	Competenza in Ecografia Internistica	15/04/2023
		Mercoledì 08.30 – 12.30		
		Giovedì 14.00 – 18.00		
Casa della Salute Palidoro		Venerdì 9.00 – 13.00		

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 \_\_\_\_\_