

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 a decorrere dal _____ con la seguente
articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno, **anche frazionabile**:

Sede: Presidio Via Vaiano - Distretto XI

Totale ore: n. 26 ore sett.li

Orario: martedì e giovedì 8.00 – 16.00

Il mercoledì 08.00 – 18.00

Decorrenza: 01.05.2025

Attività:

Tutte le tipologie di radiologia tradizionale (RX) in elezione (pazienti ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Ecografie (Eco) in elezione (pazienti ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Tomografia Computerizzata (TC) in elezione (pazienti ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Mineralometria Ossea Compiuterizzata (MOC) in elezione (pazienti ambulatoriali)
--	---	--	---

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 _____