

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

Il/la sottoscritt _____ Dr _____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella **Branca di Medicina Legale** 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 vacante **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
V. Paolini/ V. Colautti	17	Martedì 08.00 – 14.00 presidio "Paolini" (attività necroscopica) Sabato 08.30 –13.30 presidio "Colautti" (attività necroscopica) Martedì/Giovedì 09.00 - 12.00 presidio "Colautti" (D.lgs 150/2001)	15.05.2025

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 _____