

**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/ CPO Viale Vega	38	Lunedì 8.00 – 13.00 "Paolini" (attività necroscopica)  Lunedì 13.30 – 18.30 "Paolini" (attività ambulatoriale)  Mercoledì 8.00 – 13.00 "Paolini" (attività necroscopica)  Mercoledì 13.30 – 19.00 "Paolini" (attività ambulatoriale)  Venerdì 8.00 – 15.00 "Paolini" (attività ambulatoriale – visite per conto dell'Autorità Giudiziaria)  Sabato 8.00 – 13.30 "Paolini" (attività necroscopica)  Domenica 8.00 – 13.00 Presidio "CPO" (attività necroscopica)	15.07.2025

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 \_\_\_\_\_