

Personale Convenzionato  
Via Casal Bernocchi, 73  
personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

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

Il/la Sottoscritt \_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Brancha di **Pneumologia**, 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 prot. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ per l'aumento orario con l'attribuzione dei sottoindicati turni vacanti:

**1° TURNO:**     **Disponibile**         **Non Disponibile**

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casal Bernocchi	18	Lunedì/ Mercoledì/ Venerdì 08.00 - 14.00 <b><u>Attività:</u></b> Telemedicina	01/09/2022

**2° TURNO:**     **Disponibile**             **Non Disponibile**

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casal Bernocchi	18	Martedì/ Giovedì 13.00 - 19.00  Sabato 08.00 - 14.00  <b><u>Attività:</u></b> Telemedicina	01/09/2022

*(Barrare con la X il turno scelto)*

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

\_\_\_\_\_