

Ufficio Personale Convenzionato  
personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

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

Il/la Sottoscritt\_\_ Dr\_\_\_\_\_ Medico Specialista  
Ambulatoriale nella Brancha di **Geriatrics**, 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:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
<b>Pol V. Ramazzini</b>	<b>10</b>	<b>Giov 8.00 – 13.00</b> <b>(Attività CAD)</b>  <b>Ven 8.00 – 13.00</b> <b>(Attività Ambulatoriale)</b>	<b>01.05.2023</b>

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 \_\_\_\_\_