

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

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Brancha di **Odontoiatria**, 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
V. Ramazzini	5	Lunedì 14.00 – 19.00 Ortodonzia	01/09/2023
V. Paolini	5	Venerdì 14.00 – 19.00 Ortodonzia	

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 _____