

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

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_ Dr\_\_\_\_\_ Medico Specialista  
Ambulatoriale nella Branca 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
Pol. Corviale	5	Martedì 13.00 – 18.00 Attività in Odontoiatria con <u>specifico competenza in</u> <u>ortodonzia intercettiva per le</u> <u>malformazioni 6 - 14 anni</u>	01.01.2024

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 \_\_\_\_\_