

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

Il/la sottoscritt _____ Dr _____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branch di **Otorinolaringoiatria**, 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 vacante **non frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Ospedale G.B. Grassi con richiesta di disponibilità ad effettuare prestazioni ambulatoriali Distrettuali (Pol. Casal Bernocchi, Pol. Fiumicino, Pol. Via Paolini, Pol. V. Ramazzini)	18	lun/mer/ven 8.00 – 14.00 Attività ambulatoriale da svolgersi presso la UOSD Patologie Otorinolaringoiatriche, del Cavo Orale e Cervico Facciali	01/03/2024

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 _____