

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

Il/la Sottoscritt___ Dr_____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Radiologia**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore
settimanali, presso la ASL Roma 3 a decorrere dal _____ con la seguente
articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno, **anche frazionabile**:

Sede: POU G.B. Grassi – CPO

Totale ore: n. 38 ore sett.li

Orario: dal Lun/Mar/Gio/Ven/Sab 8.00 – 14.00

Mercoledì 08.00 – 16.00

Decorrenza: 01.05.2025

Attività:

| | | | |
|---|---|--|--|
| Tutte le tipologie di radiologia tradizionale (RX) Pronto Soccorso /emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali) | Tutte le tipologie di Ecografie (Eco) Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione, inclusa ecografia mammaria (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali) | Tutte le tipologie di Tomografia Computerizzata (TC) Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali) | Tutte le tipologie di Risonanza magnetica Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione, inclusa RM mammella (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali) |
|---|---|--|--|

Si dichiara la seguente disponibilità oraria

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 _____