

AVVISO INTERNO
DI PSICOLOGIA CON COMPETENZA SPECIFICA IN NEUROLOGIA CLINICA

Il/la sottoscritt_____ Dr_____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere titolare a tempo indeterminato – **Professione Psicologo** - 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 vacante **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Via Vaiano	6	sabato 8.00 – 14.00	
Via Ramazzini	6	venerdì 13.00 – 19.00 Competenza specifica in materia di Alzheimer ed altre demenze	01.12.2025

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 _____