

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI OFTALMOLOGIA

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

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casa della Comunità S. TOMMASO (Distretto Municipio X)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-14.00 Visita oculistica completa, campo visivo, OTC, fotografia del fondo oculare, test di Schirmer, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità PONTEGALERIA (Distretto Municipio XI)	6	Venerdì 8.00-14.00 Visita oculistica completa, campo visivo, OTC, fotografia del fondo oculare, test di Schirmer, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CORVIALE (Distretto Municipio XI)	3	Giovedì 8.00-11.00 Visita oculistica completa, campo visivo, OTC, fotografia del fondo oculare, test di Schirmer, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CONSOLATA (Distretto Municipio XII)	4	Lunedì 13.00-14.00 Martedì 16.00-19.00 Visita oculistica completa, campo visivo, OTC, fotografia del fondo oculare, test di Schirmer, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026

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 _____