

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI CARDIOLOGIA

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 **Cardiologia**, 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 Infernetto S. TOMMASO (Distretto Municipio X)	12	Martedì-Giovedì 8.00-14.00 Visita + ECG, holter cardiaco e pressorio, ecocardiografia, attivazione PDTA Scompenso cardiaco	01/04/2026
Casa della Comunità MAGLIANA (Distretto Municipio XI)	4	Mercoledì 8.30-12.30 Visita + ECG, holter cardiaco e pressorio, ecocardiografia, attivazione PDTA Scompenso cardiaco , attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità PONTEGALERIA (Distretto Municipio XI)	6	Venerdì 8.00-14.00 Visita + ECG, holter cardiaco e pressorio, ecocardiografia, attivazione PDTA Scompenso cardiaco , attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CORVIALE (Distretto Municipio XI)	6	Lunedì 8.00-14.00 Visita + ECG, holter cardiaco e pressorio, ecocardiografia, attivazione PDTA Scompenso cardiaco , attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CONSOLATA (Distretto Municipio XII)	12	Lunedì 8.00-14.00 Giovedì 13.00-19.00 Visita + ECG, Holter pressorio e cardiaco, Ecocardiogramma, attivazione PDTA Scompenso cardiaco	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 _____