

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
