

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI CHIRURGIA VASCOLARE

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 **Chirurgia Vascolare** 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. AGOSTINO (Distretto Municipio X)	8	Giovedì-Venerdì 14.00-18.00 Competenze in ecocolordoppler tronchi sovraortici, ecocolordoppler arti inferiori e superiori, ecocolordoppler aorta addominale, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità ACILIA (Distretto Municipio X)	8	Venerdì 8.00-16.00 Competenze in ecocolordoppler tronchi sovraortici, ecocolordoppler arti inferiori e superiori, ecocolordoppler aorta addominale, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità Infernetto S. TOMMASO (Distretto Municipio X)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-14.00 Competenze in ecocolordoppler tronchi sovraortici, ecocolordoppler arti inferiori e superiori, ecocolordoppler aorta addominale, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità MAGLIANA (Distretto Municipio XI)	8	Mercoledì - Sabato 8.00-12.00 Competenze in ecocolordoppler vascolari tutti i distretti, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CORVALE (Distretto Municipio XI)	8	Giovedì 8.00-16.00 Competenze in ecocolordoppler vascolari tutti i distretti, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CONSOLATA (Distretto Municipio XII)	6	Venerdì 8.00-14.00 Ecocolordoppler tronchi sovraortici, ecocolordoppler arti inferiori e superiori, ecocolordoppler aorta addominale, 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 _____