

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **DIABETOLOGIA/ENDOCRINOLOGIA**

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 **Diabetologia/Endocrinologia**, 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 8.30-12.30 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità S. TOMMASO (Distretto Municipio X)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-14.00 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, attivazione PDTA Diabete	01/04/2026
Casa della Comunità MAGLIANA (Distretto Municipio XI)	6	Sabato 8.00-14.00 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità PONTEGALERIA (Distretto Municipio XI)	4	Venerdì 14.00-18.00 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CORVIALE (Distretto Municipio XI)	8	Giovedì 8.00-16.00 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, attivazione PDTA Diabete, attività domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CONSOLATA (Distretto XII)	15	Martedì 8.00 – 15.00 Mercoledì 8.30-16.30 Competenze in prima visita e visita di controllo, prescrizione piani terapeutici, 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
