

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI MEDICINA INTERNA

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 **Medicina Interna** 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 ACILIA (Distretto Municipio X)	12	Martedì-Giovedì 8.00-14.00 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD (CAD), prescrizione piani terapeutici, ecografia internistica domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità S. TOMMASO (Distretto Municipio X)	12	Lunedì-Mercoledì-Venerdì 8.30-12.30 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD (CAD), prescrizione piani terapeutici, ecografia internistica domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità VAIANO (Distretto Municipio XI)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-12.00 Mercoledì 14.00-18.00 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD (CAD), prescrizione piani terapeutici, ecografia internistica domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità PONTEGALERIA (Distretto Municipio XI)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-12.00 Mercoledì 14.00-18.00 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD (CAD), prescrizione piani terapeutici, ecografia internistica domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CORVALE (Distretto Municipio XI)	12	Lunedì-Venerdì 8.00-12.00 Giovedì 12.00-16.00 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD (CAD), prescrizione piani terapeutici, ecografia internistica domiciliare	01/04/2026
Casa della Comunità CONSOLATA (Distretto Municipio XII)	12	Lunedì-Giovedì 8.00-14.00 Competenze in assistenza domiciliare e UVMD in sede e a domicilio, prescrizione piani terapeutici, governo casi complessi Assistenza domiciliare	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 _____