

**AVVISO INTERNO**  
**MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**BRANCA DI CHIRURGIA PLASTICA**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_\_ Dr\_\_\_\_\_ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branch di **Chirurgia Plastica**, 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\_\_\_\_\_

cell \_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno vacante **non frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Osp GB Grassi/CPO	18	Lunedì 13.30 – 15.00 Martedì 8.30 – 14.30 Mercoledì 8.30 – 17.30 Giovedì 8.00 – 18.00 Venerdì 13.30 – 15.00	01.06.2025

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 \_\_\_\_\_