personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **PSICHIATRIA**

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 **Psichiatria,** 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
Servizio Disabili Adulti Distretto XI e Distretto XII	18	Lun/Mar/Gio 8.00 – 14.00 Visite ambulatoriali e domiciliari, UVM, UVMD, UCV	01/11/2026

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 _____