personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

AVVISO INTERNO

MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BRANCA DI **NEUROLOGIA**

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 **Neurologia,** 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:***

DISTRETTO X MUNICIPIO CDC S. AGOSTINO	18	**Mar/Gio 9.00/13.00** Attività: visite spec, PDTA, CAD; attività UVMD **Mart/Ven 14.00 – 19.00** Attiivtà: visite neurologiche, consulenza per le strutture distrettuali, esami elettromiografici	01/12/2026
DISTRETTO XI MUNICIPIO V. Volpato 18	18	Venerdi 8.00 – 14.00 CDC Magliana CAD, valutazioni multidimensionali Mar/Mer 8.00 – 14.00 V Volpato Attività: Visite spec amb; PDTA, UVMD, CAD	01/12/2026
DISTRETTO XII MUNICIPIO V. Ramazzini	18	Lun/Mar/Mer 8.00 – 14.00 Attività: visite spec, PDTA, CAD; attività UVMD	01/12/2026
DISTRETTO COMUNE DI FIUMICINO Pol Coni Zugna	18	Lun 8.00 – 13.00 Ven 13.00 – 18.00 Attività spec amb Mer 8.00 – 16.00 Attività CAD	01/12/2026

Note

……

……..

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 _____