personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

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

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 **Gastroenterologia,** 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
UOSD NAD a carattere Dipartimentale CDC Pontegaleria	**18**	**Lun/Mer/Ven 8.00 – 16.00 Mar/Giov 8.00/15.00** **Attività di valutazione clinica, comprensiva di sostituzione di sonde per PEG, posizionamento e sostituzione sondino Nasogastrico, prescrizione e monitoraggio sia domiciliare che ambulatoriale; attività in sede per i contatti con i pz, strutture sanitarie ospedaliere, aziendali, extraaziendali**	**01/12/2026**

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
UOSD NAD a carattere Dipartimentale CDC Pontegaleria	**18**	**Lun/Mer/Ven 8.00 – 16.00 Mar/Giov 8.00/15.00** **Attività di valutazione clinica, comprensiva di sostituzione di sonde per PEG, posizionamento e sostituzione sondino Nasogastrico, prescrizione e monitoraggio sia domiciliare che ambulatoriale; attività in sede per i contatti con i pz, strutture sanitarie ospedaliere, aziendali, extraaziendali**	**01/12/2026**

D

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 _____