personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

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 **Ostetricia e Ginecologia,** 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
C. F. Monteverde Il turno potrà subire uno spostamento di sede presso gli altri Consultori Familiari dell'Area Romana a seconda delle esigenze organizzative	8	lunedì 8.30 – 14.00/14.30 – 17.00 Attività: Consultorio Familiare (Spazio Giovani) e somministrazione pillola RU 486 per l'IVG ambulatoriale	01.12.2026
C. F. Ostia	3	mercoledì 14.30 – 17.30 Attività: Consultorio Familiare (Spazio Giovani)	

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 _____