**personale.convenzionato@pec.aslroma3.it**

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

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 **Oculistica,** 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 ***non frazionabile***:

| Presidio/Servizio | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze | Decorrenza |
|---|---|---|---|
| CDC Bravetta<br>Distretto XI | 3 | Martedì 16.00 – 19.00 | 01.12.2026 |

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 _____