personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

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

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 **Odontoiatria,** 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
Via Paolini Distretto Municipio X	12	Giovedì 13.30 – 19.30 Venerdì 13.30 – 19.30 Attività: ortodonzia per presa in carico pazienti lasciati da medico titolare	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 _____