personale.convenzionato@pec.aslroma3.it

AVVISO INTERNO

MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

BRANCA DI **SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE**

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 **Scienza dell'Alimentazione,** 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:***

UOSD NAD a carattere Dipartimentale CDC Pontegaleria V. Portuense 1397 (successivamente in V. Lupatelli 7)	38	Lun/Mer/Ven 8.00 – 16.00 Mar/Giov 8.00/15.00 Attività di valutazioni cliniche nutrizionali a domicilio e in ambulatorio. Tale attività potrà essere correlata alla sostituzione di sonde per PEG, posizionamento e sostituzione di SNG. L'attività clinica sarà correlata anche ad attività prescrittiva e di back office per contatti con i pazienti/care giver assistiti	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 _____