

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

Il/la sottoscritt_____ Dr _____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Brancha di **Pediatria**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3 con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____

Martedì _____

Mercoledì _____

Giovedì _____

Venerdì _____

Sabato _____

con **anzianità unificata** dal _____ (per anzianità unificata si intende la data del primo incarico in qualità di titolare specialista/professionista ambulatoriale)
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
Consultorio Trullo	4,30	Martedì 8,30-13,00 visite e attività pediatrica consulitoriale	01/05/2024

Si dichiara la seguente disponibilità oraria _____

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 _____