

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **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 **Ginecologia**, 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 **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Consultorio Fiumicino	28,30	Lunedì 8,30-14,00 visite ostetriche e ginecologiche e attività consultoriale	01/05/2024
		Lunedì 14,30-17,00 Spazio Giovani	
Consultorio Corviale		Martedì 09.00 – 14.00 Visite Ostetriche e Ginecologiche e attività consultoriale	
		Martedì 14.30 – 17.00 Spazio Giovani	
Consultorio Acilia		Giovedì 8,30-14,00 visite ostetriche e ginecologiche e attività consultoriale	
		Giovedì 14.30 – 17.00 Spazio Giovani	
Consultorio Fiumicino		Venerdì 08.30 – 13.30 Visite Ostetriche e Ginecologiche e attività consultoriale	

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 _____