

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 Brancha 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 sotto indicato turno vacante **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Consultorio Acilia		Lunedì 8,30-13,00 visite ostetriche e ginecologiche. Lo specialista dovrà garantire lo svolgimento di tutte le attività consultoriali previste dalla normativa vigente e non essere obiettore di coscienza (compreso inserimento dispositivi contraccettivi intrauterini)	
Casa della Salute di Ostia	23	Martedì 08.30 – 13.30 ecografie ostetriche (I-III trimestre e morfologiche) ed ecografie ginecologiche	01/08/2024
Consultorio Ostia		Mercoledì 8,30-14,00 visite ostetriche e ginecologiche. Lo specialista dovrà garantire lo svolgimento di tutte le attività consultoriali previste dalla normativa vigente (compreso inserimento dispositivi contraccettivi intrauterini)e non essere obiettore di coscienza Mercoledì 14.30-17.30 Spazio Giovani	

<p>Consultorio Fiumicino</p>		<p>Giovedì 08.30 – 13.30 visite ostetriche e ginecologiche Lo specialista dovrà garantire lo svolgimento di tutte le attività consultoriali previste dalla normativa vigente e non essere obiettore di coscienza (compreso inserimento dispositivi contraccettivi intrauterini)</p>	
------------------------------	--	---	--

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 _____