

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
Poliambulatorio Vaiano		Lunedì 8,30-13,30 ecografie ostetriche (I-III trimestre e morfologiche) ed ecografie ginecologiche	
Consultorio Ostia		Martedì 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)	
Consultorio Corviale	18	Giovedì 9,00-13,00 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)	01/08/2024

<p>Consultorio Trullo</p>		<p>Venerdì 08.30 – 12.30 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 _____