

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

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 **Otorinolaringoiatria**, 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
<u>Poliambulatorio Via Paolini</u>	35	Attività da svolgersi presso la UOSD Patologie Otorinolaringoiatriche, del Cavo Orale e Cervico Facciali Lunedì/Mercoledì/Venerdì 08.00 - 15.00	01/07/2024
<u>Ospedale G.B. Grassi</u>		Attività Ambulatoriale da espletarsi anche per pazienti con Disabilità cognitivo comportamentali non o scarsamente collaboranti Martedì / Giovedì 08.00 -15.00 Attività Chirurgica da espletarsi anche per pazienti con Disabilità Cognitivo Comportamentali non o scarsamente collaboranti	

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 _____