

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Radiologia**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore
settimanali, presso la ASL Roma 3 a decorrere dal _____ con la seguente
articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____
Martedì _____
Mercoledì _____
Giovedì _____
Venerdì _____
Sabato _____

recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno, **anche frazionabile**:

Sede: POU G.B. Grassi – CPO

Totale ore: n. 30 ore sett.li

Orario: dal lunedì al venerdì 8.00 – 14.00

Decorrenza: 01.07.2024

Attività:

Tutte le tipologie di radiologia tradizionale (RX) Pronto Soccorso /emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Ecografie (Eco) Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Tomografia Computerizzata (TC) Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali)	Tutte le tipologie di Risonanza magnetica Pronto Soccorso/emergenza-urgenza e di elezione (pazienti interni, ricoverati, ambulatoriali)
---	---	--	---

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 _____