

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI PNEUMOLOGIA

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 **Pneumologia**, 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 vacante **anche frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Casa della Salute	14	Mart 8.30 – 10.00 (Ambulatorio del Sonno – OSAS) 10.00 – 13.30 Attività Ambulatoriale, spirometrie semplici, globali ed emogasanalisi	25.06.2024
Casal Bernocchi		Ven 08.00 – 13.00 Sab 08.00 – 12.00 Attività Ambulatoriale, spirometrie semplici, globali	

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 _____