

**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 Branca 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 dei sottoindicati turni vacante **non frazionabili**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
L.go Quadrelli	3	Martedì 8:30-11:30	01.10.2024

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 \_\_\_\_\_