

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

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 **Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali, presso la ASL Roma 3 a decorrere dalcon 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 **non frazionabile**:

Sede: Nucleo di Cure Primarie Via di Coni Zugna 173 (Fiumicino) Nucleo di Cure Primarie Via della Pineta di Fregene 76 (Fregene)

Orario: n. 38 ore settimanali
orario a turnazione periodica dal lunedì alla domenica
08.00-20.00 oppure 20.00 – 08.00

(Per esigenze di servizio l'organizzazione del turno sarà soggetta a rotazione periodica anche in orario notturno e festivo)

Attività:

Tali strutture sono rivolte ai cittadini in condizioni cliniche non gravi che possono essere trattate ambulatorialmente e forniscono prestazioni che non rivestono le caratteristiche dell'urgenza – emergenza e quindi prestazioni identificabili con i codici di triage bianco/verde

Decorrenza: 01.08.2024

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 _____