

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

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 **Medicina Interna**, 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 **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 \_\_\_\_\_