

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

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branchia di Pediatria, 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 frazionabile:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Palidoro	5	Martedì 9:00-14:00	01.12.2024
Fiumicino	7,30	Martedì 14:30-17:00 Giovedì 9:00-14:00	01.12.2024
Portuense	3	Giovedì 14:30-17:30	01.12.2024
Acilia	3	Martedì 14:30-17:30	01.12.2024

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 \_\_\_\_\_