

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **CHIRURGIA PLASTICA**

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 **Chirurgia Plastica**, 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 |
|-------------------|-----------------|--|------------|
| G.B. GRASSI - CPO | 20 | LUNEDI' 08.30-13.30 Attività chirurgica ambulatoriale e attività di visite e medicazioni ambulatoriali (secondo liste di lavoro) GIOVEDI' 08.00-18.00 Attività chirurgica maggiore presso G.B. Grassi e consulenze e medicazioni presso G.B. Grassi e CPO VENERDI' 08.30-13.30 Attività di visite e medicazioni ambulatoriali presso CPO, consulenza e dimissione presso G.B. Grassi, controlli clinici post - operatorio presso CPO | 01.11.2024 |

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 _____