

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

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 **Fisiatria** 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**:

**Sede:** Servizio di Assistenza Protesica della UOSD RTAP Via del Poggio di Acilia n. 78, Acilia

**Orario:** n. 10 ore settimanali

Lunedì 08.30-13.00

Giovedì 08.00-13.00

**Decorrenza:** 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 \_\_\_\_\_