

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

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 **Neurologia** 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 **frazionabile**:

Sede: Servizio Disabili Adulti - Via delle Repubbliche Marinare, n. 18

Orario: n. 10 ore settimanali

Mercoledì 08.30-15.30

Venerdì 13.00-16.00

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 _____