

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

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 **Psichiatria**, 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 **non frazionabile**:

| Presidio/Servizio | Ore Settimanali | Orario /Attività / Competenze | Decorrenza |
|---|-----------------|-------------------------------|------------|
| Via delle Repubbliche Marinare – OSTIA Servizio Disabili Adulti | 7 | LUNEDI' 8.00-15.00 | 16.12.2024 |

vacante:

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 _____