

**AVVISO INTERNO**  
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE  
BRANCA DI **PATOLOGIA CLINICA**

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 **Patologia Clinica** 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 \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sotto indicato turno vacante **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
UOC Laboratorio Analisi P.O. G.B. GRASSI	38	Lun/Merc/Ven 08.00 – 14.20 Mar/Gio/Sab 08.00 – 14.20	01.01.2025

Si dichiara la seguente disponibilità oraria \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_