

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

Il/la sottoscritt_____ Dr_____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branch di **Ginecologia**, 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 **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Presidio Coni Zugna	9	Venerdì 08.30 – 17.30 -Eco transvaginale/Pelviche Visite Ginecologiche – Pap/Test	01.02.2025

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 _____