

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI DERMATOLOGIA

Il/la Sottoscritto/a Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Dermatologia**, titolare a tempo indeterminato per n. _____ ore settimanali,
presso la ASL Roma 3 con la seguente articolazione oraria e sede di servizio:

Lunedì _____
Martedì _____
Mercoledì _____
Giovedì _____
Venerdì _____
Sabato _____

con **anzianità unificata** dal _____ (per anzianità unificata si intende la data del primo
incarico in qualità di titolare specialista/professionista ambulatoriale)
recapito telefonico _____ mail _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso interno per l'aumento orario con l'attribuzione del sottoindicato turno, anche
frazionabile:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Largo Quadrelli Via Paolini Ponte Galeria Largo Quadrelli Via di Casal Bernocchi Ponte Galeria	38	Lunedì 08:00 – 12:00 Lunedì 13:30 – 17:30 Martedì 08:00 – 13:30/ 14:00 – 17:00 Mercoledì 08:00 – 14:30 Giovedì 07:30 – 14:30 Venerdì 08:00 – 16:00	01.10.2023

Si dichiara la seguente disponibilità oraria _____

- 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 _____