

**AVVISO INTERNO**  
**MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**BRANCA DI MEDICINA DEL LAVORO**

Il/la Sottoscritt\_\_\_\_\_ Dr\_\_\_\_\_ Medico Specialista  
Ambulatoriale nella Branca di **Medicina del Lavoro**, 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 vacante, anche  
frazionabile:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Via Paolini	36	<b>Lunedì 08.00 – 18.00</b> <b>Martedì/Venerdì 08.00 – 14.30</b> <b>Mercoledì 08.00 – 14.00</b> <b>Giovedì 8.00 – 15.00</b>	16/09/2023

**Disponibilità:** \_\_\_\_\_

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