

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

Il/la Sottoscritt__ Dr_____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Brancha di **Cardiologia**, 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
Pol Coni Zugna	19	Lunedì 08.30 – 13.30 Mercoledì 15.00 – 19.00 Giovedì 14.00 – 19.00 Venerdì 08.30 – 13.30	01.11.2023

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 _____