

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

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branchia di **Medicina Legale** 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 **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Via Paolini	12	Lunedì 08.00 – 15.00 Servizio di Ispettorato per “gravidanza a rischio” /Servizio certificativo per Adozioni	01.11.2023
Via Colautti		Sabato 08.30 – 13.30 Servizio di Necroscopia	

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 _____