

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

Il/la Sottoscritt__ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di **Oculistica**, 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
Via Ramazzini	34	Lun 14.00 – 19.00 Mar/Mer/Giov 08.00 – 16.00 Vene 08.00 – 13.00 Competenze: Competenza e refertazione Eastermann mono e binocol/Gandolfo per invalidità civile Competenza e refertazione Retinografo; Competenza e refertazione “OCT”	01.01.2024

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 _____