

AVVISO INTERNO
MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
BRANCA DI **NEUROPSICHIATRIA INFANTILE**

Il/la Sottoscritt _____ Dr _____ Medico Specialista
Ambulatoriale nella Branca di _____, 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
V. Giorgio Giorgis Servizio TSMREE	15	Lunedì 09.00 – 16.00 Venerdì 09.00 – 17.00 Attività: Espletamento prime visite, visite di controllo, presa in carico di condizioni cliniche complesse, attività relative alle normative di Legge sulla disabilità (in particolare L. 104/92 e L. 170/2010), DSA, BES.	01/12/2023

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
