

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

Il/la Sottoscritt \_\_\_\_\_ Dr \_\_\_\_\_ Medico Specialista  
Ambulatoriale nella Branca di **Psichiatria**, 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:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
<b>Via Ramazzini 15</b>	<b>4</b>	<b>Lunedì 8.00 – 12.00</b> <b>Attività:</b> <b>Visite specialistiche in sede su</b> <b>appuntamento;</b> <b>Visite domiciliari;</b> <b>Eventuali visite per utenti in</b> <b>strutture riabilitative</b> <b>residenziali</b>	<b>15.01.2024</b>

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 \_\_\_\_\_