

**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, anche  
frazionato:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
<b>Ser.D di Via Tagaste2/4</b>	<b>14</b>	<b>Martedì 08.00 – 15.00</b> <b>Venerdì 08.00 – 15.00</b>	<b>15.01.2024</b>

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 \_\_\_\_\_