

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
Lungomare P.Toscanelli, 230 Via Vaiano, 53 / Via degli Orti, 10 in base alle esigenze di servizio Via Vaiano, 53	15	Mercoledì 08.00 – 16.00 Martedì 14.00 – 17.00 Giovedì 09.00 – 13.00 Attività: Visite specialistiche in sede su appuntamento; Visite Domiciliari; Eventuali visite per utenti inseriti in strutture riabilitative residenziali.	01.02.2024

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 _____