

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

Il/la sottoscritt _____ Dr _____ dichiara ai sensi del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., di essere Medico Specialista Ambulatoriale nella Branca di **Medicina Interna**, 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 **non frazionabile**:

Sede: Nucleo di Cure Primarie Via di Coni Zugna 173 (Fiumicino) Nucleo di Cure Primarie Via della Pineta di Fregene 76 (Fregene)

Orario: n. 38 ore settimanali

orario a turnazione periodica dal lunedì alla domenica

08.00-20.00 oppure 20.00 – 08.00

(Per esigenze di servizio l'organizzazione del turno sarà soggetta a rotazione periodica anche in orario notturno e festivo)

Attività:

Tali strutture sono rivolte ai cittadini in condizioni cliniche non gravi che possono essere trattate ambulatorialmente e forniscono prestazioni che non rivestono le caratteristiche dell'urgenza – emergenza e quindi prestazioni identificabili con i codici di triage bianco/verde

Decorrenza: 01.03.2024

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 _____