

**AVVISO INTERNO**  
**MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**  
**BRANCA DI MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA**

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 e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza**, 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 \_\_\_\_\_