

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

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 **Odontoiatria**, 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, **frazionabile**:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Poliambulatorio V. Paolini e Ospedale GB Grassi	16	Martedì 08.00 – 14.00 Odontoiatria Generale con competenze per pazienti fragili	01/05/2024
Poliambulatorio V. Paolini		Giovedì 08.30 – 13.30 Odontoiatria Generale con competenze per Trattamenti endodontici e per pedodonzia	
Poliambulatorio V. Paolini		Venerdì 8.30 – 13.30 Protesi Fissa/Mobile e Impianti	

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