

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, *non
frazionabile*:

Presidio/Servizio	Ore Settimanali	Orario /Attività / Competenze	Decorrenza
Via Tagaste Ser.D	12	Lunedì/Mercoledì 8.00 – 14.00 Attività: Somministrazione terapie agoniste; visite mediche e di valutazione diagnostica; prescrizione terapia farmacologica per la disassuefazione da sostanze psicoattive; presa in carico di nuovi pazienti.	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 _____