

<b>Mod. 4</b>	<b>Azienda Sanitaria Locale</b> <b>LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> (L.R. 05 / 08) Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696	
<b>Richiesta di partecipazione corsi di aggiornamento obbligatorio esterna</b>		

U.O.C. Gestione Attività  
 Attività Amministrative dei PP.OO.  
 c/o DIREZIONE GENERALE  
 SEDE

**ADA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE**

Nome	Cognome	N° Matric.	Numero telefono/e-mail
Qualifica	U.O. - Presidio di appartenenza	Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/>	Tempo determinato <input type="checkbox"/>

**B** Titolo evento formativo: \_\_\_\_\_

**C** Organizzato da : \_\_\_\_\_

Sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dell'evento si allega programma e lettera di formale richiesta del Responsabile dell'U.O.C di appartenenza per la frequenza di aggiornamento OBBLIGATORIO del proprio collaboratore .

Il Direttore Generale/Sanitario/Amministrativo autorizzano la partecipazione obbligatoria all'evento in oggetto, le cui spese sono a totale carico dell'ente.

**D**

QUOTA ISCRIZIONE	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale intesta all'ente o intestata al dipendente quando la quota è da lo stesso anticipata)
SPESE VIAGGIO	€ _____	(mezzi pubblici; l'eventuale uso del mezzo proprio se preventivamente sarà rimborsato applicando il Regolamento aziendale sulle trasferte )
SOGGIORNO	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale)
SPESE VITTO	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale- max 2 al giorno )
TOTALE	€ _____	( a carico dell'ente)

**E Obiettivo dell'evento formativo**

Data \_\_\_\_\_ firma dipendente \_\_\_\_\_

DA COMPILARE a cura del Direttore SANITARIO, Direttore AMMINISTRATIVO e del Direttore U.O.C.

Aderenza dell'obiettivo formativo con l'obiettivo strategico del Presidio Ospedaliero / Dipartimento	Molto Necessario	Nella Norma	Scarso	Assente	Domanda non accolta.
--	------------------	-------------	--------	---------	----------------------

E Per quanto di competenza  si autorizza  non si autorizza la richiesta di partecipazione

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

F **LA PRESENTE ISTANZA, DEBITAMENTE COMPILATA E AUTORIZZATA DOVRA' PERVENIRE TASSATIVAMENTE 30 GIORNI PRIMA DELLA DATA PREVISTA DELL'INIZIO DEL CORSO.**

*Per i corsi medio/lunghi (master, corsi di perfezionamento, ecc...) la richiesta deve essere obbligatoriamente autorizzata dal Capo Dipartimento.*

---

---

### COMITATO SCIENTIFICO

Nella seduta del \_\_\_\_\_

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

Dr Antonello Nuzzo

Dr.ssa Maria Bernadette Di Sciascio

Dr. Pierluigi Di Sebastiano

Dott. Giancarlo Cicolini

Dr Gianmario Tiboni

**Il coordinatore del Comitato Scientifico per la Formazione**

\_\_\_\_\_

---

### UFFICIO FORMAZIONE

Viste le autorizzazioni e la disponibilità delle risorse finanziarie :

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

*Il Responsabile U.O.C. Gestione attività amministrativa PP.OO.  
Dott.ssa Antonella D'Antonio*

\_\_\_\_\_

Ufficio Formazione – Chieti : Tel. 0871/358961 – 358963 – 358964 – 358732 - 358983 Mail: [formazione@asl2abruzzo.it](mailto:formazione@asl2abruzzo.it)