

<b>Mod. 2</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 facoltativo</b>		

Spett.le  
U.O.C. Gestione Attività Amministrative dei PP.OO.

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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **CHIEDE** l'autorizzazione per la partecipazione all'evento formativo richiamato in oggetto di cui all'allegato programma. Chiede l'assegnazione di un contributo a fronte delle spese d'iscrizione (**40% della quota d'iscrizione al corso**).

D QUOTA ISCRIZIONE € \_\_\_\_\_ (da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale intestata all'ente o intestata al dipendente quando la quota è da lo stesso anticipata)

E **Obiettivo dell'evento formativo**

F **Tipologia Evento**

Convegno o congresso < / = 2 gg.		Corso formazione > 2 gg		ECM fino a 5	
Congresso > / = 3 gg		Stage		ECM fino a 15	
Corso di formazione fino a 2 gg		Master		ECM > 15	
Altro:					

G **Modalità di partecipazione all'evento**

Partecipante / uditore	Si	No	Presentazione di comunicazione scient. / poster	Si	No
Relatore / moderatore	Si	No	Percorso formativo ricompreso nel piano formativo dell' UU.OO. / Dipartimento	Si	No
Evento ad integrazione di un precedente percorso formativo	Si	No	Altro :		

H **L'evento è attinente alla qualifica funzionale del dipendente?**  Si  No

Negli ultimi 3 anni al richiedente sono stati finanziati altri eventi formativi ?	No	Si 1 evento	Si più eventi
Il richiedente si impegna, a conclusione dell'evento, a redigere una relazione scritta (cartaceo e informatico) su quanto appreso e a condividere con gli altri componenti dell' U.O. di appartenenza il materiale didattico avuto o a relazionarvi			No Si

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

Attinenza dell'obiettivo dichiarato con la posizione funzionale del dipendente	Alta	Normale	Bassa
Aderenza dell'obiettivo formativo dell'evento in oggetto con gli obiettivi dell' U.O.	Forte	Media	Scarsa

L M L'evento formativo è in grado di indurre formazione di altri dipendenti? Il dipendente acquista la capacità di essere formatore o animatore di futuri eventi formativi ?	Si	No
---	----	----

M Priorità del dipendente di accedere al finanziamento in oggetto nel rispetto del piano formativo specifico dell' U.O. o di altri criteri previsti nell' U.O.	Bassa	Media	Alta
---	-------	-------	------

N **Si Autorizza**     Si     No                      Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Dirigente delle Professioni Sanitarie – Area Formazione (per il personale del comparto sanitario)

Firma \_\_\_\_\_

Il Direttore U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. (per il personale del comparto non sanitario e tecnico)

Firma \_\_\_\_\_

Il Direttore di U.O.C./U.O.S.D./U.O.S. (per i Dirigenti Medici e SPTA)

Firma \_\_\_\_\_

Q **LA PRESENTE ISTANZA, DEBITAMENTE COMPILATA E AUTORIZZATA DOVRA' PERVENIRE INDEROGABILMENTE 30 GIORNI PRIMA DELLA DATA PREVISTA DELL'INIZIO DEL CORSO.**  
Eventuali istanze pervenute in tempi non congrui saranno opportunamente valutati previa documentazione.

**COMITATO SCIENTIFICO**

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

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

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

\_\_\_\_\_

**U.O.C. Gestione Attività Amministrative dei PP.OO.**

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  
Amministrative dei PP.OO.  
Dott.ssa Antonella D'Antonio*

\_\_\_\_\_