

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

Servizio Aziendale di Prevenzione e
 Protezione
 Formazione Aziendale
 palazzina N - Chieti

A DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE

<i>Nome</i>	<i>Cognome</i>	<i>N° Matric.</i>	<i>Numero telefono</i>
<i>Qualifica</i>	<i>U.O.</i>	<i>Dipartimento Presidio</i>	

B Titolo evento formativo: _____

C Organizzato da : _____
 Sede _____ dal _____ al _____

Allegare il 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, quando ricorrono i presupposti, deve essere preventivamente autorizzato)
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 _____

Firma del Direttore (leggibile)

F **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

Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione - Formazione Aziendale

Viste le autorizzazioni e la disponibilità delle risorse finanziarie :

Si autorizza la partecipazione

Non si autorizza la partecipazione

Note _____

Data _____

Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione
Formazione Aziendale
