

<b>Mod. 6</b>	<b>Azienda Sanitaria Locale</b> <b>LANCIANO-VASTO-CHIETI</b> (L.R. 05 / 08) Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696	
<b>Richiesta pagamento attività docenza / moderazione personale interno</b>		

Servizio Aziendale di Prevenzione  
e Protezione  
Formazione Aziendale  
SEDE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente in via \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_  
 dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di \_\_\_\_\_  
 in servizio presso \_\_\_\_\_ Matricola n \_\_\_\_\_  
 Dipartimento di \_\_\_\_\_ P.O. di \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
 (obbligatoria): \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la liquidazione dei compensi relativi all'evento formativo denominato:

\_\_\_\_\_

A tal proposito dichiara di aver svolto nella/e data/e sottoelencata/e attività di:

- moderazione
- docenza

- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver espletato tali attività:

- Fuori l'orario di servizio
- Dentro l'orario di servizio

**Allegare obbligatoriamente alla presente cartellino marcatempo relativo all'attività di docenza.**

*Il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 48 comma 25, del D.L. 269/2003, conv. in Legge n°326 del 25/11/2003, dichiara di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare l'Attività Formativa, di non aver avuto rapporti con aziende e di non svolgere attività in conflitto di interessi con la formazione accreditabile ECM.*

Chieti li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firmadocente

Responsabile Scientifico del Corso

Responsabile Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione – Formazione Aziendale  
Dott. Rocco Mangifesta



Ufficio formazione Chieti Tel. 0871/358961 – 358963 – 358964 – 358732 - 357872 Mail: [formazione@asl2abruzzo.it](mailto:formazione@asl2abruzzo.it)