|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Mod. 2*** | **Azienda Sanitaria Locale****LANCIANO-VASTO-CHIETI**(L.R. 05 / 08)Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696 | ***LOGO ASL LancianoVastoChieti*** |
| **Richiesta di partecipazione corsi di aggiornamento facoltativo** |

**Spett.le**

 **Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione**

 **Formazione Aziendale**

## ADA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | *Cognome* | *N° Matric.* | *Numero telefono/ e-mail* |
| *Qualifica*  | *U.O.- Presidio di appartenenza* | *Tempo Indeterminato Ο**Tempo determinato Ο* |

**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 intesta 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 ricompresso 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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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./UO.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**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Il Responsabile del Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione – Formazione Aziendale*

 *Dott. Rocco Mangifesta*

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ufficio Formazione : Tel. 0871/358961 -358963 – 358964 – 358732 – 358983- 357872 Mail:** **formazione@asl2abruzzo.it**