**Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione**

**Formazione Aziendale**

**palazzina N - Chieti**

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

## A DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nome* | *Cognome* | *N° Matric.* | *Numero telefono* |
| *Qualifica*  | *U.O.* | *Dipartimento Presidio* |

**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

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_