

Mod. 6

Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696



Richiesta pagamento attività docenza / moderazione personale interno

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 al/ai mese/i in cui è stata svolta l'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