|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Mod. 7*** | **Azienda Sanitaria Locale**  **LANCIANO-VASTO-CHIETI**  (L.R. 05 / 08)  Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696 | ***LOGO ASL LancianoVastoChieti*** |
| **Richiesta pagamento attività didattica personale esterno** | | |

Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione

Formazione Aziendale.

SEDE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email (obbligatoria): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:

* Libero professionista, titolare di P.IVA n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Libero professionista, non titolare di P.IVA – prestazione occasionale
* Dipendente altro ente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Dipendente Univ. “G.D’Annunzio” convenzionato

**CHIEDE**

la liquidazione dei compensi relativi all’evento formativo denominato:

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

A tal proposito dichiara di aver svolto nella/e data/e sottoelencata/e docenza in qualità di :

* Libero professionista/Dipendente di altra Azienda/Ente
* Docente Universitario/Responsabile di struttura di altra Azienda e/o Enti Scientifici/Ricerca Statali
* Docente Esperto
* il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_\_
* il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_\_
* il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_\_
* il giorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_\_

###### *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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Firma*

|  |
| --- |
| 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)