

Mod. 7	Azienda Sanitaria Locale LANCIANO-VASTO-CHIETI (L.R. 05 / 08) Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696	
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
