|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a  |
| in Servizio presso la UO | Tel. |
| con la qualifica di  | Matricola |
| Cell.  | e-mail |

|  |
| --- |
| **Chiede** |
| **di partecipare a**(specificare la tipologia dell’iniziativa: corso, congresso, seminario)**:** |
|  |
| **l’evento prevede il rilascio di crediti ECM :** Sì ❒ No ❒ |
| **con sede di svolgimento a** | dal …../….../……. al …../…../……. |
| (allegare programma dell’iniziativa formativa) |
| **ospite di soggetto esterno**: Sì ❒ No ❒ |
| (Se sì, allegare modulo di registrazione “Supporto alla partecipazione di personale sanitario ad eventi formativi finanziati da soggetti esterni – modulo T12/PA03) |
| **in qualità di:** |
| ❒ **Relatore.** A tal fine dichiara, ai sensi degli artt.47,76 DPR 445/00 s.m.i., consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, che la suddetta attività non rientra negli incarichi retribuiti, anche occasionali, non compresi nei compiti e doveri d’ufficio e per i quali è previsto sotto qualsiasi forma un compenso ed è necessaria la previa autorizzazione ai sensi dell’art.53 del D.lgs. 165/2001 s.m.i. |
| ❒ **Non Relatore** |
| **usufruendo di n**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ giorni di permesso retribuito |
| Data …../…../……. | Firma del Richiedente |

**Sulla pertinenza della richiesta esprimono parere favorevole:**

Firma e Timbro del Direttore UO/SD Firma e Timbro del Dirigente UO Professionale

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

**Si autorizza**

 **Il Resp. IFO Formazione del Personale**

(Dott.ssa Marzia Raffaelli)

\* Il presente modulo deve essere inviato dal dipendente all’ UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane tramite Ufficio Protocollo (via mail all’indirizzo pec aziendale pec-aoupisana@legalmail.it o posta interna o con consegna diretta ) **almeno 15 giorni prima dell’evento formativo.** I moduli devono essere obbligatoriamente compilati in tutti i suoi campi completi delle autorizzazioni previste, pena la mancata presa in carico della richiesta.

**Oggetto:** Trasmissione documentazione post evento formativo

Nominativo Dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolo iniziativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In allegato si trasmette la seguente documentazione:

❒ Copia attestato di partecipazione

**Pisa, …../…../……. Cognome e Nome**

(scrivere in stampatello)

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

**Firma**

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

\* Il presente modulo deve essere inviato, unitamente alla copia dell’attestato di partecipazione dal dipendente, all’UO Politiche e Gestione delle Risorse Umane tramite Ufficio Protocollo (via mail all’indirizzo pec aziendale pec-aoupisana@legalmail.it o posta interna o con consegna diretta ) **entro 15 giorni dalla fine dell’evento formativo.**