|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 ❒ cumulo ore studio | | |
| Data …../…../……. | Firma del Richiedente | |

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

Firma e Timbro del Direttore UO/SD

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

**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](mailto: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](mailto:pec-aoupisana@legalmail.it) o posta interna o con consegna diretta ) **entro 15 giorni dalla fine dell’evento formativo.**