

<b>Mod. 1</b>	<h1 style="margin: 0;">Azienda Sanitaria Locale</h1> <p style="margin: 0;">(L.R. 25 - 10 - 1994 n. 72)  <b>66100 CHIETI</b>          Cod. Fisc.Part. IVA 01705480695</p>	
<b>Richiesta di partecipazione corsi di aggiornamento facoltativo</b>		

**A DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE**

Nome	Cognome	N° Matric.	Centro costo
Qualifica	U.O.	Dipartimento Presidio	

**B** Titolo evento formativo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**C** Organizzato da : \_\_\_\_\_  
 Sede \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il sottoscritto **CHIEDE** l'autorizzazione per la partecipazione all'evento formativo richiamato in oggetto di cui all'unito programma. Chiede altresì, - nei limiti previsti dal vigente CCIA - l'assegnazione di un congruo contributo a fronte delle spese presunte di seguito specificate, prendendo atto nel contempo che non sono rimborsabili eventuali spese per l'utilizzo taxi e per custodia macchine.

**D**

QUOTA ISCRIZIONE	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale)
SPESE VIAGGIO	€ _____	(mezzi pubblici, l'eventuale uso del mezzo proprio, quando ricorrono i presupposti, deve essere preventivamente autorizzato)
SOGGIORNO	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale)
SPESE VITTO	€ _____	(da produrre fattura ovvero ricevuta fiscale- max 2 al giorno)

**E Obiettivo dell'evento formativo**

**F Tipologia Evento**

Convegno o congresso < / = 2 gg.	Corso formazione > 2 gg	ECM fino a 5
Congresso > / = 3 gg	Stage	ECM fino a 15
Corso di formazione fino a 2 gg	Master	ECM > 15
Altro:		

**G Modalità di partecipazione all'evento**

Partecipante / uditore	Si	No	Presentazione di comunicazione scient. / poster	Si	No
Relatore / moderatore	Si	No	Percorso formativo ricompreso nel piano formativo dell' UU.OO. / Dipartimento	Si	No
Evento ad integrazione di un precedente percorso formativo	Si	No	Altro :		

**H L'evento è attinente alla qualifica funzionale del dipendente?**  Si  No

Negli ultimi 3 anni al richiedente sono stati finanziati altri eventi formativi ?	No	Si 1 evento	Si più eventi
Il richiedente si impegna, a conclusione dell'evento, a redigere una relazione scritta (cartaceo e informatico) su quanto appreso e a condividere con gli altri componenti dell' U.O. di appartenenza il materiale didattico avuto o a relazionarvi			No Si

Data \_\_\_\_\_ Firma del dipendente \_\_\_\_\_

I DA COMPILARE A CURA DEL DIRETTORE/ COORDINATORE U.O. - SERVIZIO

Attinenza dell'obiettivo dichiarato con la posizione funzionale del dipendente	Alta	Normale	Bassa
Aderenza dell'obiettivo formativo dell'evento in oggetto con gli obiettivi dell' U.O.	Forte	Media	Scarsa

L

L'evento formativo è in grado di indurre formazione di altri dipendenti?	Si	No
Il dipendente acquista la capacità di essere formatore o animatore di futuri eventi formativi ?		

M

Priorità del dipendente di accedere al finanziamento in oggetto nel rispetto del piano formativo specifico dell' U.O. o di altri criteri previsti nell' U.O.	Bassa	Media	Alta
--	-------	-------	------

N

Si Autorizza  Si  No Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore/Il Coordinatore dell' U.O.

Il Direttore/Il Coordinatore di Dipartimento

O DA COMPILARE A CURA DEL

- DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO/RESP. DIP. TERRITORIALE (*personale della dirigenza*)
- RESP. AREA RICERCA FORMAZIONE AGGIORNAMENTO (*personale del comparto*)

O

L'intervento formativo richiesto dalla U.O. del dipendente in rapporto alla necessità di altri interventi in altre U.O. del Presidio è giudicato	Molto Necessario	Nella Norma	Scarso	Assente	Domanda non accolta.
--	------------------	-------------	--------	---------	----------------------

Aderenza dell'obiettivo formativo con l'obiettivo strategico del Presidio Ospedaliero / Dipartimento	Molto Necessario	Nella Norma	Scarso	Assente	Domanda non accolta.
--	------------------	-------------	--------	---------	----------------------

P

Per quanto di competenza  si autorizza  non si autorizza la richiesta di finanziamento

Data \_\_\_\_\_

Il Dir. Sanitario di P.O./Il Capo Dipart. Territ./ Resp. Ricerca Formazione Agg.to

Q

**LA PRESENTE ISTANZA, DEBITAMENTE COMPILATA E AUTORIZZATA DOVRA' PERVENIRE INDEROGABILMENTE 30 GIORNI PRIMA DELLA DATA PREVIOSTA DELL'INIZIO DEL CORSO.**

R UFFICIO FORMAZIONE

R

Valutazione della Priorità e del valore dell'evento formativo in oggetto in relazione agli obiettivi aziendali generali	Alto	Normale	Basso	Assente	Non autorizzato
---	------	---------	-------	---------	-----------------

Resp. Uff. Formazione

Viste le autorizzazioni, tenuto conto del piano formativo aziendale e in coerenza con la valutazione della domanda e la disponibilità delle risorse finanziarie  si autorizza  non si autorizza

Note \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_