

<b>Mod. 3</b>	<h2 style="margin: 0;">Azienda Sanitaria Locale</h2> <p style="margin: 0;">(L.R. 25 - 10 - 1994 n. 72)  <b>66100 CHIETI</b>          Cod. Fisc.Part. IVA 01705480695</p>	
<b>Richiesta pagamento attività formativa personale interno</b>		

Al Direttore Generale  
ASL Chieti

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente in via \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_  
 dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di \_\_\_\_\_  
 in servizio presso \_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_  
 Dipartimento di \_\_\_\_\_ P.O. di \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la liquidazione dei compensi relativi all'evento formativo denominato:

\_\_\_\_\_

A tal proposito dichiara di aver svolto nella/e data/e sottoelencata/e attività di:

- coordinamento
- docenza - moderazione

- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_
- giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ Totale ore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver espletato tali attività:

- Fuori l'orario di servizio
- Dentro l'orario di servizio

Allega alla presente cartellino marcatempo relativo al/ai mese/i in cui è stata svolta l'attività di docenza.

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 li, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma docente*

Il Coordinatore del Corso _____	
Resp. Area Ricerca, Formazione e Aggiornamento _____	Resp. Ufficio Formazione _____