

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

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:

Numero di ore formative previste nel programma ministeriale: _____

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

- progettazione dell'evento formativo della durata complessiva di ore _____
 - Progetto presentato in data: _____
 - Progetto approvato in data _____
 - Inserito nel P.F.A. (Piano Formativo Aziendale)
 - Attinente al P.F.A. (Piano Formativo Aziendale)
 - Non previsto dal P.F.A. (Piano Formativo Aziendale)

- assistenza didattica/follow up Totale ore _____
- verifica-valutazione-rendicontazione 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 _____