

<b>Mod. 4</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 pagamento attività didattica personale esterno</b>		

Al Direttore Generale  
ASL Chieti

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
 Residente in via \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_) Cap \_\_\_\_\_  
 Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_  
 Titolo: \_\_\_\_\_

In qualità di:

- Libero professionista, titolare di P.IVA n° \_\_\_\_\_
- Libero professionista, non titolare di P.IVA – prestazione occasionale
- Dipendente altro ente: \_\_\_\_\_
- Dipendente Univ. "G.D'Annunzio" convenzionato

**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, 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 \_\_\_\_\_

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

Il Coordinatore del Corso

Resp. Area Ricerca, Formazione e Aggiornamento

Resp. Ufficio Formazione