

Mod. 4/bis	<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 didattica personale esterno		

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:

A tal proposito dichiara di aver svolto nella/e data/e sottoelencata/e docenza in qualità di :

- Libero professionista/Dipendente di altra Azienda/Ente
 - Direttore/Responsabile di struttura di altra Azienda e/o Enti Scientifici/Ricerca Statali
- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____
- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____
- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ Totale ore _____
- il giorno _____ dalle ore _____ alle ore _____ 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 _____