

MOD.AAP.25: “Richiesta Aggiornamento Facoltativo – Tipo 3”

Modulo da inviare, successivamente alla partecipazione all’evento, con gli allegati previsti, entro 5 giorni dall’assenza all’indirizzo e-mail: formazione.facoltativa@uslcentro.toscana.it

Il /la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

Direttore della struttura _____

Vista la richiesta di partecipazione all’evento formativo facoltativo del dipendente

Nome e cognome _____ matricola _____

Qualifica _____ afferente alla Struttura organizzativa _____

Tel./cell. _____ e-mail _____

RAPPORTO DI LAVORO: TEMPO INDETERMINATO TEMPO DETERMINATO PARTTIME

Considerati i bisogni formativi e di aggiornamento necessari al personale, rilevata la compatibilità della partecipazione con le esigenze della struttura organizzativa e tenuto conto degli obiettivi attesi dall’iniziativa formativa di seguito specificata

Autorizza il dipendente alla partecipazione all’evento formativo

dal titolo _____

Tipologia (specificare se: corso, congresso, ecc.) _____

organizzato da Ente/Ditta _____

Modalità di erogazione:

formazione residenziale (aula) che si svolgerà a _____

Il/i giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____ per totale ore _____

formazione FaD sincrona, che si svolgerà il/i giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____
per totale di ore _____

formazione FaD asincrona per totale ore _____

Per la partecipazione all’evento il dipendente usufruirà di:

permesso retribuito n° _____ giorni

ore non assistenziali (solo per la dirigenza medica e sanitaria non medica) n° _____ ore

Si precisa che la partecipazione all’evento di aggiornamento facoltativo non comporta alcuna spesa a carico dell’Azienda USL Toscana centro

Data _____ Timbro e firma Direttore _____

Quadro DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
Rilasciata ai sensi del D.P.R. 445 del 28.12.2000
(Da compilare a cura del dipendente **dopo la partecipazione**)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

Matricola _____ Codice Fiscale _____,

consapevole che, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di aver partecipato all'evento suddetto fruendo di:

permesso retribuito n° _____ giorni

ore non assistenziali (solo per la dirigenza medica e sanitaria non medica) n° _____ ore

Luogo e data _____ IL DICHIARANTE _____

(firma per esteso leggibile)

Note di compilazione

Questo modulo debitamente compilato deve essere inviato entro 5 gg. dalla partecipazione all'indirizzo e-mail formazione.facoltativa@uslcentro.toscana.it con i seguenti allegati:

- PROGRAMMA DI DETTAGLIO DELL'EVENTO
- ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE per le iniziative residenziali o svolte in fad sincrona oppure l'ATTESTATO DI CONSEGUIMENTO E SUPERAMENTO DEL CORSO per le iniziative svolte in fad asincrona.