

AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO INDIVIDUALE SPONSORIZZATO

Alla Direzione sanitaria

Il sottoscritto _____

Direttore/Dipartimento/S.C. _____

CHIEDE

che il dipendente _____ qualifica

_____ in servizio c/o _____

recapito telefonico _____ e mail _____

PARTECIPI

all'evento formativo (indicare titolo e tipologia)

_____ che si svolgerà nei gg. _____ località _____

_____ sponsorizzato dalla Ditta/Società _____

come da lettera - invito e programma allegati.

Importo totale delle spese a carico dello sponsor : _____

Il sottoscritto Responsabile, ai sensi del Regolamento vigente, informati tutti i dipendenti potenzialmente interessati a partecipare all'evento formativo, dichiara che:

- nell'individuazione del dipendente sono stati rispettati i criteri definiti dalle disposizioni vigenti, ed in particolare il principio della rotazione nel corso dell'anno per garantire una partecipazione il più possibile equilibrata;
- l'assenza del dipendente non pregiudicherà la funzionalità del servizio né la regolare fruizione delle ferie e non richiederà servizio straordinario;
- l'iniziativa rientra nella programmazione formativa di Struttura ed è attinente al profilo del discente prescelto;
- la frequenza dell'evento consentirà di acquisire le seguenti specifiche competenze professionali utili per l'Azienda e/o per la struttura organizzativa di appartenenza, da estendere agli altri professionisti della Struttura: _____

- la partecipazione del dipendente all'evento sopra indicato non è in contrasto con le finalità istituzionali dell'Azienda né determina conflitto di interesse.

FIRMA del DIRETTORE Dipartimento/S.C.

FIRMA del DIPENDENTE per accettazione

AUTORIZZAZIONE DIRETTORE DMPO/ DIPARTIMENTO

Data _____

N.B. ALLEGARE LETTERA INVITO E PROGRAMMA