

AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO ALL'ESTERNO DELL'AZIENDA

Deve pervenire almeno 30 giorni prima dell'evento, protocollata e completa di programma.

Non è possibile cumulare l'aggiornamento obbligatorio con sponsorizzazioni o compensi per relazioni.

Il sottoscritto Responsabile Gerarchico

| | | |
|------------------------|---------|------|
| Direttore/Responsabile | Cognome | Nome |
| RDA/Coordinatore | Cognome | Nome |

dispone che il dipendente

| | | | |
|-------------------------|--|--------|--|
| Cognome | | Nome | |
| Profilo professionale | | | |
| S.O.C. di appartenenza | | | |
| Recapito tel. aziendale | | e-mail | |

partecipi alla seguente iniziativa di aggiornamento:

- Convegno
 Seminario
 Corso
 FAD

| | | | |
|------------------------|--------------------|--|--|
| Denominazione / Titolo | | | |
| CREDITI ECM _____ | Località | | |
| | Data e svolgimento | | |

- Congruenza con Piano Formazione Annuale (PFA)
 Corso di Formazione come da Piano Formazione Regionale (PFR)
 Evento coerente con obiettivo/i atteso/i del Dipartimento/Struttura, specificare l'obiettivo

 Assolvimento degli obblighi formativi previsti da PFA per obblighi normativi (es. D.Lgs. 81/2008)

PREVISIONE DI SPESA:

| | |
|--|--|
| Quota di iscrizione: €.....di cui NON provvederò ad anticipare il pagamento, in ottemperanza al D.M. n. 55/2013, ma vi sarà fatturazione elettronica ad evento concluso intestata all'Azienda stessa. | |
| <input type="checkbox"/> Viaggio: (andata e ritorno) <input type="checkbox"/> Treno € <input type="checkbox"/> Aereo € <input type="checkbox"/> Altro (Bus, Taxi) € | <input type="checkbox"/> Soggiorno: € <input type="checkbox"/> Pernottamento € <input type="checkbox"/> Pasti € in osservanza del Regolamento "Istituto della Trasferta" |

TOTALE CONTRIBUTO RICHIESTO: € _____

| | | | |
|------------------|-------|------|-------|
| Firma dipendente | _____ | Data | _____ |
|------------------|-------|------|-------|

| | | | |
|---|-------|------|-------|
| Firma Direttore/Responsabile/RDA/Coordinatore | _____ | Data | _____ |
|---|-------|------|-------|

Dati necessari per il pagamento della quota di iscrizione che in ottemperanza al D.M. n. 55/2013 deve essere effettuato in forma elettronica ed esente IVA ai sensi art. 14, comma 10 della L. 537 del 24/12/1993:

P. IVA: 02985660303

Ufficio Fatturazione: 8Y7R0S

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale

Sede legale e amministrativa: via Pozzuolo n. 330 – 33100 UDINE

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA di ACCONTO per onere economico superiore a € 250,00, esclusa tassa d'iscrizione.

Il dipendente:

chiede un acconto sulla spesa che dovrà sostenere e che documenterà in originale, che dovrà essere accreditato sul c/c bancario:

IBAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ATTENZIONE: è d'obbligo compilare tutte le 27 caselle.

c/c postale n. _____

Codice fiscale _____

data _____

firma dipendente _____

IL DIRETTORE autorizza un totale di spesa pari a € _____

| | | |
|------------|---|--------------------------------|
| Data _____ | <input type="checkbox"/> Fondo Aziendale | TIMBRO E FIRMA _____ |
| | <input type="checkbox"/> Altri Fondi (specificare) _____ | |

Allega la seguente documentazione:

- depliant - programma dell'iniziativa
- proposta circostanziata del Direttore/Responsabile nei casi previsti
- altro

| | | |
|---|--------------------------------|---------------|
| PARERE nei casi previsti: del Direttore Sanitario o del Direttore Amministrativo o del Direttore Medico di Presidio, per l'area del Comparto sanità del Dirigente Professioni Sanitarie di riferimento | TIMBRO E FIRMA _____ | Data _____ |
| | | |

| Spazio riservato alla Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale | |
|---|------------------------|
| Presenza visione del Responsabile | DATA _____ FIRMA _____ |

NOTE:

N.B. Il modulo FORA. 3 deve essere presentato, alla SOC "Gestione Risorse Umane", entro 30 giorni dalla conclusione dell'evento, pena la chiusura del procedimento e l'archiviazione della pratica.