

ASO "S. Croce e Carle"  Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane	Modulo OSRU 6.1.11	Data di emissione: 30 gennaio 2015
	PARTECIPAZIONE AD INIZIATIVA FUORI SEDE SPONSORIZZATA	revisione n°2 Pagina 1 di 2 Firma per approvazione dr. Piergiorgio Benso

IL PRESENTE MODULO DEBITAMENTE COMPILATO DEVE PERVENIRE ALLA S.C. OSRU SETTORE FORMAZIONE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA PARTENZA

Tenuto conto di quanto disposto con Regolamento Regionale recepito con deliberazione n. 465 del 19 maggio 2010, **si accoglie l'invito non nominativo** della Ditta _____ pervenuto all'Azienda in data _____ **(di cui si allega copia INVITO e PROGRAMMA)** in considerazione del fatto che gli argomenti trattati nell'Evento avente per titolo _____, che si terrà a _____ nei giorni _____, rappresentano un reale aggiornamento professionale, sono in linea con le direttive e gli obiettivi generali dell'Azienda e sono coerenti con gli obiettivi assegnati alla Struttura/Dipartimento. Comunico pertanto di avere individuato personalmente nel dipendente sotto menzionato, la persona deputata a partecipare a tale evento **in qualità di DISCENTE**.

Cognome	Nome
Nato/a a	il
Qualifica	Matricola
Dipartimento	Struttura
Rapporto di lavoro: Tempo determinato ☐ Tempo indeterminato ☐	Telefono _____ E-mail _____

Direttore S.C. _____ Direttore Dipartimento* _____

Coordinatore Dipartimento** (per dipendenti del Comparto) _____

* Nel caso in cui il partecipante sia il Direttore di Dipartimento autorizza la partecipazione il Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo per competenza.

** Nel caso in cui sia un operatore del Comparto delle Strutture Sanitarie firma il Responsabile SITRO.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ASSENZA CONFLITTO DI INTERESSI																					
Il dipendente designato preso atto che l'iniziativa è sponsorizzata dalla ditta _____																					
Partita I.V.A.	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																				
dichiara sotto la propria responsabilità ai sensi del D.P.R. 445/2000 artt.47:																					
☐ che non sussistono tra se medesimo e lo sponsor rapporti finanziari (quali: consulenza, possesso di azioni, onorati, perizie retribuite, licenze, etc.) personali o familiari, attività pagate regolarmente o impegni recanti reciproco vantaggio, tali da generare un potenziale conflitto di interesse																					
☐ di non aver partecipato nel corrente anno (con la presente) a più di due iniziative promosse e sponsorizzate dalla ditta sopraindicata																					
Cuneo, _____	Firma del partecipante _____																				

IL CORSO E' ACCREDITATO ECM ?	☐ SI ☐ NO
NOME PROVIDER ECM _____ numero crediti _____	
TIPOLOGIA DI ATTIVITA' FORMATIVA	
RESIDENZIALE ☐ FORMAZIONE SUL CAMPO ☐	FORMAZIONE A DISTANZA ☐ Tempo stimato dall'organizzatore per la fruizione n. _____ ore

AI FINI DELLA PARTECIPAZIONE RICHIEDE

CORSO → data/e _____

VIAGGIO → data/e _____

ISTITUTO CONTRATTUALE

COMPARTO
☐ Permesso retribuito (8 gg. Personale a tempo indeterminato)
☐ Permesso non retribuito (10 gg. Personale a tempo determinato)
☐ Recupero eccedenze orarie anno in corso
☐ Recupero eccedenze orarie anno precedente
☐ Riconoscimento orario tempo stimato dall'organizzatore per la fruizione (solo per corsi FAD) N. ORE CORSO _____
☐ Fuori orario di servizio

DIRIGENZA
☐ Ore per attività non assistenziali (solo dirigenti 96 h) N. GG _____ + N. ORE VIAGGIO _____
☐ Permesso retribuito (8 gg. Personale a tempo indeterminato)
☐ Permesso non retribuito (10 gg. Personale a tempo determinato)
☐ Recupero eccedenze orarie anno in corso
☐ Riconoscimento orario tempo stimato dall'organizzatore per la fruizione (solo per corsi FAD) N. ORE CORSO _____
☐ Recupero eccedenze orarie anno precedente
☐ Fuori orario di servizio

Compilare la parte sottostante solo nel caso in cui si tratti di sponsorizzazione parziale

VOCI DI SPESA (sbarrare voce di rimborso richiesto)		ONERE COMPLESSIVO STIMATO	Sezione riservata a SC OSRU
Tassa di iscrizione pagata in proprio ☐		€	€
Tassa di iscrizione pagata dall'Azienda a ricevimento fattura ☐			
Pasti ☐		€	€
Pernottamento ☐		€	€
Viaggio	Treno ☐	€	€
	Aereo ☐	€	€
	Bus/metropolitana ☐	€	€
	Auto propria ☐ Km complessivi A/R _____ <i>Per la quale il dipendente dichiara di essere in possesso di regolare polizza assicurativa RCA verso terzi e per l'uso dello stesso esonera l'Azienda da qualsiasi responsabilità</i>	€	€
	Pedaggio autostradale ☐	€	€
	Altro (specificare) _____ ☐	€	€
TOTALE		€	€
N.B. Le pezze giustificative delle spese sostenute dovranno pervenire in originale entro 5 gg dalla conclusione del percorso formativo corredate da attestazione di partecipazione e allegate a specifica modulistica debitamente compilata			

Data _____

Il dipendente _____

Tenuto conto della disponibilità dello specifico budget di dipartimento

SI AUTORIZZA

- ☐ il rimborso spese preventivato (*in ottemperanza alla normativa vigente*)
- ☐ un rimborso forfetario pari ad €. _____ (*nel caso in cui il rimborso sia autorizzato solo parzialmente*)

Direttore S.C. _____ Direttore Dipartimento _____