

 <b>ARCS</b> Azienda Regionale di Coordinamento per la Salute	<b>RICHIESTA AGGIORNAMENTO          FACOLTATIVO ESTERNO</b>	MOD_AFE Revisione n. 00 del 10/04/2019
---	---	--

**Alla SC Centro Regionale Formazione**
**Il sottoscritto**

Cognome		Nome	
Dipendente	<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato	<input type="checkbox"/> a tempo determinato	
Profilo professionale			
Struttura di appartenenza		e-mail	
Recapito tel. aziendale		Altro recapito	

**chiede di partecipare alla seguente iniziativa di aggiornamento:**

Denominazione / titolo		
<b>CREDITI ECM</b>	Località	
	Data svolgimento	

 in regime di AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO (a giornata intera)  
 - nell'ambito degli 8 giorni di permesso retribuito all'anno

 ORE DI ATTIVITÀ NON ASSISTENZIALE solo per il personale della Dirigenza  
 - 4 ore settimanali

Allega la seguente documentazione:

- 
- depliant illustrativo dell'iniziativa o lettera dell'Ente ospitante**
- 
- 
- altro \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE/RESPONSABILE/COORDINATORE DEL SERVIZIO**
**nome e cognome** \_\_\_\_\_ **firma** \_\_\_\_\_

data		firma del dipendente	
------	--	----------------------	--

- La presente richiesta autorizzata dal Direttore/Responsabile/Coordinatore di afferenza, deve pervenire entro 10 gironi dalla conclusione dell'attività formativa corredata da fotocopia dell'attestato di partecipazione/autocertificazione, programma dettagliato con orari ed una relazione sintetica.
- L'assenza, se giustificata in ritardo o incompleta, verrà sanata d'ufficio mediante l'utilizzo delle ferie.