

S.S.DIP. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE HFC HFC	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO	MODAZHFC_0013		
	MODULO AZIENDALE AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO INDIVIDUALE SPONSORIZZATO (ART. 10 REG. AZ. FORMAZIONE)	Rev. 0	Data 18/07/2022	Pag 1 di 1

**DA CONSEGNARE DEBITAMENTE COMPILATO ENTRO E NON OLTRE 45 GIORNI ANTECEDENTI ALL'EVENTO.**

**Alla S.S.D. Formazione e Comunicazione**

Il/la sottoscritt..... Direttore dell'U.O. / Coordinatore.....

**CHIEDE**

che il/la dipendente \_\_\_\_\_ profilo professionale \_\_\_\_\_ a tempo indeterminato/determinato, in servizio presso \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,

**PARTECIPI**

all'evento formativo dal titolo \_\_\_\_\_ che si terrà a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ sponsorizzato da \_\_\_\_\_ come da lettera – invito e programma allegati.

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

1. 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;
2. l'assenza del dipendente non pregiudicherà la funzionalità del servizio né la regolare fruizione delle ferie e non richiederà servizio straordinario;
3. l'iniziativa rientra nella programmazione formativa di Struttura ed è attinente al profilo del discente prescelto;
4. 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:  
\_\_\_\_\_;
5. la partecipazione del dipendente all'evento sopra indicato non è in contrasto con le finalità istituzionali dell'Azienda né determina conflitto di interesse.

Genova, \_\_\_\_\_

Direttore U.O. / Coordinatore  
(timbro e firma)

Il dipendente per accettazione  
(timbro e firma)

**N.B. ALLEGARE LETTERA INVITO, PROGRAMMA FORMATIVO e DICHIARAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSE (MODAZHFC\_0012)**

**A cura di U.O. Governo Clinico e Organizzazione Ospedaliera / U.O. Direzione Professioni Sanitarie**

Visto, nulla osta.

Genova, \_\_\_\_\_

timbro e firma \_\_\_\_\_

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------