



## MODELLO F2 - AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

L'ATTIVITÀ DI DOCENTE/RELATORE/MODERATORE A CONGRESSI/CONVEGNI/SEMINARI PRESTATI PER INTERVENTI FINO AD UN'ORA PER GIORNATA VIENE RICONOSCIUTA NELL'AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO QUALORA SIA RESA GRATUITAMENTE E CERTIFICATA DA ATTESTATO DI PARTECIPAZIONE PER L'INTERA INIZIATIVA FORMATIVA.

La richiesta compilata in ogni sua parte e copia del programma devono essere consegnate all'abilitato LMS della propria U.O. almeno 20 giorni prima dello svolgimento del corso, non saranno accolte richieste presentate successivamente. La procedura di autorizzazione deve essere completata entro 20 giorni dalla conclusione del corso. Il mancato rispetto dei termini di presentazione e conclusione rende l'assenza ingiustificata. L'eventuale mancata partecipazione all'iniziativa richiesta deve essere immediatamente comunicata per iscritto all'abilitato del Software Formazione di Unità Operativa per le opportune modifiche in procedura.

Il/La sottoscritto/a ..... **Matricola** .....

Dipendente dell'Azienda Ospedaliera di Padova **Tel. Int.** .....

**Richiede l'autorizzazione a partecipare alla seguente iniziativa formativa:**

<b>Titolo del Corso</b>		
<b>Date del Corso e Orari del Corso</b> (Solo giornata intera mediante l'utilizzo degli 8 giorni previsti dal CCNL senza copertura INAIL - NO tempo di viaggio)		
<b>Organizzatore del Corso</b>		
LINK DI RIFERIMENTO :		
<b>Sede del Corso</b>		
<b>Provincia</b>	<b>Città</b>	<b>Stato</b>

<b>Argomento del Corso</b>	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> LINGUE
	<input type="checkbox"/> ANTICORRUZIONE	<input type="checkbox"/> MANAGEMENT
<b>Soggetto Organizzatore</b>	<input type="checkbox"/> EVIDENZE SCIENTIFICHE	<input type="checkbox"/> QUALITA' E ACCREDITAMENTO
	<input type="checkbox"/> HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT	<input type="checkbox"/> RIANIMAZIONE CARDIO RESPIRATORIA
	<input type="checkbox"/> INFORMATICA SANITARIA	<input type="checkbox"/> RISCHIO CLINICO
	<input type="checkbox"/> D.Lgs 81/2008	<input type="checkbox"/> UMANIZZAZIONE
<input type="checkbox"/> Formazione da Altri Soggetti Pubblici <input type="checkbox"/> Formazione da Privato <input type="checkbox"/> Formazione da Pubblico Sanitario (AULSS,IRCCS,Policl. Reg. Veneto)		
<b>Aggiornamento Facoltativo SENZA SPESE a carico dell'Azienda</b> (è possibile barrare più opzioni )		
<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>NESSUNA SPESA</b></li> <li>· <b>AUTOFINANZIATO</b></li> <li>· <b>* SPONSORIZZATO DA TERZI</b> (Ditte-Associazioni,Società Scientifiche,Altro sogg.)</li> <li>· <b>ALTRO</b> ( Indicare quale tra : Ricerca Finalizzata - Sperimentazioni - Fondi UniPd - ecc...)</li> </ul>		
* La partecipazione Sponsorizzata <b>DEVE</b> essere autorizzata secondo le modalità previste dalla DDG 569/2016		

Il sottoscritto si impegna **entro 20 giorni dalla conclusione del corso** a consegnare all'abilitato LMS della propria U.O. in **fotocopia**, l'attestato di partecipazione.

LETTO E SOTTOSCRITTO

Firma del Dipendente: .....

Data della Domanda: .....

Firma del Coordinatore:.....

(Solo Area Assistenziale del Comparto)