

**Modello B – Modulo Richiesta Aggiornamento Obbligatorio**

Regione Abruzzo

ASL 3 – Pescara - UOS Formazione, Ricerca e Progetti



RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE OBBLIGATORIO ESTERNO
(Punto 6 del regolamento)

AL SERVIZIO FORMAZIONE E SVILUPPO PROFESSIONALE

Il/La sottoscritt _____ Qualifica _____

Dipartimento di _____ U.O. _____ Sede di _____

Tel. _____ Email _____

RIVOLGE ISTANZA DI PARTECIPAZIONE ALL'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

TITOLO _____

Luogo di svolgimento _____ in data _____ (allegare programma completo)

con pagamento della quota d'iscrizione e contributo a titolo di rimborso spese per la somma complessiva di € _____

Data _____

Il Dipendente _____

PARERI OBBLIGATORI

Il Direttore della U.O.C. _____ **data** _____

Coordinatore Attività Formative _____ **data** _____



MOTIVAZIONE DELL'UTILITÀ DELL'AGGIORNAMENTO E DELLA SCELTA DEL PARTECIPANTE

Il Direttore di Dipartimento _____

data _____

AUTORIZZAZIONE

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

il Direttore Sanitario

**Per il personale
sanitario**

Data

Firma

il Direttore Amministrativo

**Per il personale tecnico
e amministrativo**

Data

Firma