

Al _____

Oggetto: **RICHIESTA PARTECIPAZIONE A CONVEGNO/CORSO DI FORMAZIONE.**

Il/la sottoscritto/a dr./dr.ssa _____ Tel. _____

quale medico della Medicina dei Servizi con incarico a tempo indeterminato/determinato per n. _____ ore settimanali, chiede di poter partecipare al convegno/corso di formazione:

A tale riguardo il sottoscritto DICHIARA, sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell 'art. 76 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

CORSO OBBLIGATORIO su argomenti generici

il corso di cui alla presente richiesta si terrà il giorno/nei giorni _____

presso _____ ed ha un impegno complessivo di ore _____.

CORSO OBBLIGATORIO inerente all'attività di Medicina dei Servizi

il corso di cui alla presente richiesta si terrà il giorno/nei giorni _____

presso _____ ed ha un impegno complessivo di ore _____

come da **programma scientifico allegato.**

Si dichiara inoltre che:

(da compilare solo in caso di Corso inerente all'attività di Medicina dei Servizi)

- a) ha partecipato al corso fuori dall'orario di servizio e, pertanto, chiede che gli venga riconosciuto il plus orario per l'intera durata del corso;
- b) la partecipazione al corso è, limitatamente a n. _____ ore, coincidenti con l'orario di servizio, e pertanto chiede il riconoscimento del plus orario per n. _____ ore eccedenti;
- c) per l'intero orario di servizio all'interno del quale coincide la partecipazione al corso:

non è stata disposta la sua sostituzione

è stata disposta la sua sostituzione assicurata dal D r./DR.ssa _____

telefono _____.

N.B. è obbligatorio presentare l'attestato di partecipazione al corso .

Si fa presente che il limite massimo da usufruire per i corsi è di 40 ore annue .

Data _____

Firma dello specialista _____

Data _____

SI AUTORIZZA ALLA PARTECIPAZIONE

Timbro e firma del responsabile dell'attività
