

Al \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Oggetto **RICHIESTA PARTECIPAZIONE A CONVEGNO/CORSO DI FORMAZIONE ART. 40 ACN VIGENTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

quale specialista ambulatoriale interno, branca \_\_\_\_\_

con incarico a tempo  indeterminato  determinato per n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

chiede di poter partecipare al convegno/corso di formazione:

- CORSO OBBLIGATORIO  CORSO FAD AZIENDALE  
 CORSO FACOLTATIVO  CORSO FAD AUTOGESTITO

**N.B.: Tutti gli eventi devono essere accreditati ECM e inerente all'attività specialistica svolta**

(limite massimo 32 ore annue da usufruire complessivamente tra tutte le Aziende Sanitarie toscane dove lo specialista presta la propria attività)

**TITOLO EVENTO** \_\_\_\_\_ che si terrà il giorno/nei giorni \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ come da **programma scientifico allegato**

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

1. che il corso di cui alla presente richiesta ha un impegno complessivo di ore \_\_\_\_\_ e che: (barrare una delle seguenti opzioni)

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/dalla dr./dr.ssa \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ il/la quale è in possesso di idonea specializzazione.

2. di inviare copia della presente a tutte le Aziende Sanitarie dove presta servizio nei giorni previsti per la formazione;

3. **di impegnarsi a presentare l'attestato di partecipazione** a tutte le Aziende Sanitarie di cui al punto 3) con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti, condizione indispensabile per l'applicazione dell'art. 38 dell'ACN in oggetto.

Data \_\_\_\_\_

Firma dello specialista \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA ALLA PARTECIPAZIONE

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma del responsabile dell'attività