

DIRIGENZA AREA SANITARIA

MODULO PER LA COMUNICAZIONE DELL'UTILIZZO DELLE ORE DI SERVIZIO DESTINATE AD "ATTIVITA' NON ASSISTENZIALI QUALI LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE OBBLIGATORIO O FACOLTATIVO, FORMAZIONE CONTINUA ED ECM, ANCHE IN MODALITA' FAD, LA PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' DIDATTICHE, LA RICERCA FINALIZZATA ECC." PREVISTE DALL'ART. 27 COMMA 6 DEL C.C.N.L. AREA SANITA' TRIENNIO 2019-2021

Il/La sottoscritto/a _____

Posizione funzionale _____

n. badge _____ in servizio c/o _____

COMUNICA DI UTILIZZARE LE ORE DI SERVIZIO PREVISTE DALL'ART. 27 COMMA 6 DEL C.C.N.L. AREA SANITA' TRIENNIO 2019-2021 PER PARTECIPARE A:

DAL _____ AL _____ PER UN TOTALE DI ORE _____

Per quanto sopra il/la sottoscritto/a dichiara di non aver percepito alcun compenso.

Data _____

Firma

Visto parere favorevole

DIRETTORE SANITARIO
