



__l_sottoscritt_____

nat_ a _____ il _____ e residente in _____

alla via/Piazza/Corso _____

n° _____ C.F. _____

nella sua qualità di Dipendente convenzionato/a

di: Direttore Dirigente Medico Comparto

presso la Struttura _____

COMUNICO

di partecipare alla manifestazione _____

Evento ECM Evento non ECM

che si terrà a _____

dal _____ al _____

giustificativo di assenza:

Riserva Oraria per Aggiornamento Professionale (art.53 del CCNL);

Permessi per concorsi, esami, aggiornamento (art.36 del CCNL);

Ferie;

Altro: _____;

con ospitalità iscrizione viaggio

a carico dell'Azienda: _____

C.F. /P.IVA dell'azienda: _____

Indirizzo email dell'azienda: _____

DICHIARO

sotto la mia responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 22 del R.R. 17/2007 per le dichiarazioni mendaci di aver verificato che l'organizzazione dell'evento formativo rispetta le seguenti condizioni previste dal regolamento per la Formazione, art. 22, comma 4, lettere a-j.

Data

firma

____/____/____
