

**Alla Direzione Generale  
Azienda Sanitaria Locale di LECCE**  
( protocollo.formazione@asl.lecce.it)

**Oggetto:** Richiesta inserimento nuovo Corso di Formazione nel Piano Aziendale Formativo 2023-2025

Il sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_

**Vista**

la richiesta del Direttore/Dirigente ( )U.O.C. ( )UOS ( )UOSD \_\_\_\_\_

Dott./ssa \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

di realizzare il corso (titolo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Programma Allegato)

**Chiede**

l'inserimento dello stesso nel Piano Formativo Aziendale 2023-2025

Individua i seguenti Responsabili Scientifici del Corso:

1) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Destinatari ed eventuali altre note (sede, sponsorizzazioni , collaborazioni esterne, ecc) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Firma e TIMBRO del Dirigente/Direttore UOC/UOSD/UOS proponente** \_\_\_\_\_

**Firma e TIMBRO del Direttore del Dipartimento** \_\_\_\_\_

Parere Ufficio Formazione ( ) Favorevole ( ) Sfavorevole

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**( ) Il Direttore Generale ( ) Il Direttore Sanitario ( ) Il Direttore Amministrativo**

( ) AUTORIZZA ( ) NON AUTORIZZA

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_