



All'Ufficio Formazione

(Presentare questo modulo compilato e già munito del Nulla Osta del Direttore/ Dirigente/ Coordinatore della propria U.O., al Referente organizzativo della Formazione, presso ciascuno Distretto, P.O., Area e Dipartimento di appartenenza)

Oggetto: Richiesta iscrizione corso formazione interno all'ASL Lecce – Dipendenti/Convenzionati Ambulatoriali.

Il Sottoscritto _____ Nato/a il _____

Matricola _____ Professione _____

(1) Disciplina di inquadramento Aziendale (Obbligat. per Medici e Dir. Sanitari) (1) _____

U.O. di appartenenza _____ Sede di _____

CHIEDE

di partecipare al Corso _____
(Eventuale N. ECM) _____

Edizione n.° (se prevista) _____ Data inizio _____

E DICHIARA DI NON AVER FREQUENTATO LO STESSO CORSO NEGLI ULTIMI 24 MESI

(selezionare la modalità di formazione richiesta)

() FORMAZIONE OBBLIGATORIA: riconoscimento dell'orario del Corso come orario di lavoro; la partecipazione deve essere attestata sull'orologio marcatempo, se presente nella sede del Corso, con il codice causale 10-Aggiornamento Obbligatorio. E' necessario rispettare i criteri sul computo dei riposi, sui turni e sul limite massimo delle prestazioni lavorative giornaliere, dettate dalla L. 161/2014 e dalle specifiche normative contrattuali (Comparto art 27 co 9 CCNL del 21.5.2018, Dirigenza art 24 co 15 CCNL 19.12.2019)

() FORMAZIONE FACOLTATIVA (si tratta di partecipazione ad un Corso nell'esclusivo interesse del dipendente/convenzionato, FUORI del Suo orario di lavoro. Qualora l'orario del corso coincida con l'orario di lavoro, il dipendente/convenzionato dovrà preventivamente richiedere il permesso di assentarsi utilizzando gli istituti contrattuali vigenti. La presenza DEVE essere registrata sull'Orologio marcatempo con il Codice causale 13 e non può sviluppare credito orario da recuperare.

DATA _____ FIRMA del Corsista _____

Dopo la registrazione sul sistema informatico dell'Ufficio Formazione si riceverà una email di conferma. **E' importante indicare CHIARAMENTE ed in STAMPATELLO il proprio indirizzo e-mail e il recapito telefonico per permettere ogni comunicazione.** I dati saranno trattati nel rispetto della normativa sulla Privacy, ed utilizzati ai soli fini di gestione della formazione e di comunicazione interna Aziendale. Eventuali variazioni nelle date e sedi di svolgimento del corso saranno pubblicati sul sito: www.formazioneasllecce.it

Indirizzo e-mail Tel/Cell

(1) Se la disciplina di inquadramento Aziendale del dipendente non è tra quelle previste dal Corso, ed il richiedente è in possesso di una seconda/diversa specializzazione che invece dà diritto all'iscrizione, è possibile chiedere l'ammissione al Corso, nel proprio esclusivo interesse per soli fini formativi e senza che questo modifichi l'originaria disciplina di inquadramento. **DICHIARO DI ESSERE IN POSSESSO ANCHE DELLA SPECIALIZZAZIONE IN _____** e chiedo di partecipare al Corso con l'attribuzione dei Crediti ECM per quest'ultima disciplina. FIRMA del dipendente _____ Se ricorre questa tipologia la richiesta deve essere inoltrata **ESCLUSIVAMENTE** all'Ufficio Formazione per fax 0832/215125 email: segreteria.formazione@ausl.le.it

Riservato al Direttore/Dirigente/Responsabile dell'Unità Operativa di appartenenza

Vista la domanda

() Si **AUTORIZZA** a partecipare in MODALITA' OBBLIGATORIA (normale orario di lavoro)

() Non si autorizza per (motivazione) _____

() La partecipazione potrà avvenire SOLO IN FORMA FACOLTATIVA ed al di fuori dell'orario di Lavoro e/o con l'utilizzo degli istituti contrattuali vigenti.

DATA _____ **FIRMA E TIMBRO** del Direttore/Dirigente/Coordinatore U.O. _____