

**MODULO PER LA PARTECIPAZIONE AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE
EVENTI FORMATIVI EXTRA AZIENDALI SPONSORIZZATI**

(deve pervenire esclusivamente tramite e mail al seguente indirizzo: riportare l'indirizzo mail dell'area formazione interessata)

Al Direttore del Servizio
Formazione Ricerca e Cambiamento Organizzativo

PARTE PRIMA: INDIVIDUAZIONE DEL PARTECIPANTE
(da compilarsi a cura del Direttore/Responsabile della U.O.)

Il/La sottoscritto/a _____ Direttore/Responsabile della Unità Operativa _____ ;

Visto l'invito a partecipare all'evento formativo dal titolo: " _____ " da parte dell'Agenzia formativa/Operatore economico (**indicare la denominazione dello Sponsor**) _____ , che dichiara di sostenere il 100% delle spese previste;

Rilevato che gli obiettivi formativi indicati nel programma dell'evento formativo di cui sopra sono compresi nel fabbisogno formativo dell'U.O. _____ ;

Dato atto che la scelta del/i partecipante/i è fatta in forma prioritaria tra i dipendenti a tempo indeterminato e a tempo pieno, garantendo il principio delle pari opportunità e della stretta coerenza con le competenze istituzionali dei professionisti assegnati all'U.O.;

Rilevato che lo sponsor copre, interamente, le spese e gli oneri connessi alla partecipazione all'evento formativo:

Dato atto che il soggetto che individua il/i partecipanti all'evento formativo non incorre in alcuna delle cause di incompatibilità previste dalla normativa vigente, con particolare riferimento al Codice di Comportamento dei Pubblici Dipendenti e alla normativa anticorruzione e che non sussistono, in capo allo stesso, situazioni di conflitto di interesse (quali consulenza, possesso di azioni, onorari, perizie retribuite, licenze) con la Ditta/Azienda sponsorizzante l'evento.

Individua e Autorizza

Il/La Signor/Dott _____ ;

In quanto gli obiettivi formativi previsti dall'evento formativo sono attinenti con le competenze istituzionale dell'Operatore individuato.

Luogo _____; data _____

Il Direttore/Responsabile dell'U.O.

PARTE SECONDA (da compilare a cura del dipendente autorizzato, almeno 20 giorni prima dell'evento formativo)

Autocertificazione assenza di conflitto d'interesse (Art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Il sottoscritto/a _____; nato/a a _____ (_____) il _____ e residente in Via _____; n. _____; dipendente a tempo indeterminato/determinato, appartenente al Ruolo _____ (indicare Sanitario/Amministrativo o Tecnico); con la qualifica di _____ in servizio presso _____;

e mail: _____ Cell. _____; Cod. Fisc. _____

(consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi)

DICHIARA

- di non avere rapporti finanziari (quali consulenza, possesso di azioni, onorari, perizie retribuite, licenze, ecc.), personali o familiari, tali da generare un potenziale conflitto di interesse con la Ditta/Azienda denominata: _____

- di partecipare alla seguente iniziativa dal titolo _____

che si terrà a _____; nel/nei giorno/i _____

con l'accreditamento ECM: **SI** ; **NO** ; con il riconoscimento dei seguenti trattamenti (**contrassegnare le voci interessate**)

- utilizzo riserva oraria (solo per il personale dirigente)
- assenza retribuita (solo aggiornamento facoltativo – area dirigenza)
- permesso retribuito (solo per aggiornamento facoltativo – area comparto)
- congedo ordinario (solo per eventi sponsorizzati da Aziende Fornitrici)
- altro _____

Il sottoscritto é consapevole, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/2003 e del Regolamento UE 679/2016, che i dati sopra riportati sono prescritti dalle vigenti disposizioni ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

_____ li _____

Firma del dipendente

NB: (Ai fini di garantire l'aggiornamento del Dossier Formativo è necessario che il dipendente faccia pervenire quanto prima al presente Servizio il certificato attestante i crediti rilasciati)