



Modulo di Unità Operativa	MU 201110 38 Rev. 1 del 26/03/2021 Pagina 1 di 2
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO UNICO UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università	
SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI RICHIESTA PARTECIPAZIONE A CONVEGNO/CORSO DI FORMAZIONE	

Il/la sottoscritto/a NOME: COGNOME:

MATRICOLA: branca:

in servizio presso:

CHIEDE

di assentarsi il/i giorno/i per poter partecipare al convegno/corso di formazione (ai sensi dell'art. 40 dell'ACN 25/06/2019):

☐ obbligatorio

☐ facoltativo autogestito accreditato, soggetto ad autorizzazione del Comitato Consultivo Zonale e inerente l'attività specialistica svolta

che si terrà presso

DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, che per l'intero orario di servizio all'interno del quale coincide la partecipazione al corso:

☐ non è stata disposta la sua sostituzione

☐ è stata disposta la sua sostituzione assicurata dal dott./dott.ssa

telefono il/la quale è in possesso di idonea specializzazione.

SI IMPEGNA

- a sottoporre richiesta di autorizzazione alla frequenza al Comitato Consultivo Zonale (nel caso di corso facoltativo autogestito);
- ad inviare copia della presente a tutte le Aziende Sanitarie dove presta servizio nei giorni previsti per la formazione;
- a presentare l'attestato di partecipazione a tutte le Aziende Sanitarie di cui al punto precedente con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti.

ALLEGA

programma scientifico dell'evento con indicazione degli orari ovvero certificazione da cui essi siano desumibili

E' CONSAPEVOLE

- 1) che le ore di formazione vengono contabilizzate e liquidate secondo quanto previsto dalla normativa vigente, tenendo conto di eventuali compensazioni tra minus orario e orario derivante da formazione
- 2) che nel caso di corsi svolti presso l'Azienda è tenuto alla timbratura di entrata/uscita adottando lo specifico codice di marcatura (F1);
- 3) che la partecipazione al corso in oggetto non verrà contabilizzata finché l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata non sarà in possesso della pratica completa, ovvero:

- MU 38 compilato in tutte le sue parti, debitamente sottoscritto dal richiedente e autorizzato dal Responsabile / Direttore;



- autorizzazione del Comitato Consultivo Zonale (nel caso di corso facoltativo autogestito);
- programma scientifico dell'evento con indicazione degli orari ovvero certificazione da cui essi siano desumibili
- attestato di partecipazione
- MU 48 (nel caso in cui nell'attestato di partecipazione ad attività a distanza NON siano riportati gli orari dei collegamenti)

4) che la presente richiesta non sarà accettata nel caso in cui lo Specialista sia retribuito come relatore o l'intervento abbia durata superiore a 30 minuti.

Il/la sottoscritto/a:

-è informato che AOUI tratterà i dati forniti, anche con l'ausilio di strumenti informatici, esclusivamente ai fini del procedimento in oggetto ed in misura pertinente, non eccedente e strettamente necessaria al perseguimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati richiesti sono obbligatori ed in caso di eventuale rifiuto a rispondere l'Amministrazione non potrà definire la pratica. I dati potrebbero essere comunicati ad altre amministrazioni pubbliche qualora queste debbano trattare i medesimi per eventuali procedimenti di propria competenza istituzionale (art.13 d. lgs. 196/2003 e art. 13 Regolamento UE 2016/679);

-è consapevole che il titolare del trattamento dei dati personali è l'AOUI e delegato al trattamento è il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane, Personale Universitario in Convenzione e Rapporti con l'Università;

-è consapevole di poter esercitare i diritti di cui agli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679, ed in particolare il diritto di accesso ai dati personali che lo riguardano in corso di trattamento e alle altre informazioni di cui all'art. 15, par. 1, Regolamento UE 2016/679 e di poter proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma. Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a servizio.personale@aovr.veneto.it, all'indirizzo postale della sede legale di questa AOUI.

Data _____ Firma dello specialista _____

AUTORIZZAZIONE: Data _____ Firma (Direttore/Responsabile) _____

Modulo da inviarsi, debitamente compilato e sottoscritto, unicamente via mail all'indirizzo sai@aovr.veneto.it