SST Azienda USL Toscana centro
Servizio Sanitario della Toscana

Al _____

_____

Oggetto **RICHIESTA PARTECIPAZIONE A CONVEGNO/CORSO DI FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO ART. 40 ACN VIGENTE**

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa _____

quale specialista ambulatoriale interno, branca _____

con incarico a tempo indeterminato/determinato chiede di poter partecipare al convegno/corso di formazione:

☐ CORSO OBBLIGATORIO ☐ CORSO FAD AZIENDALE

☐ CORSO FACOLTATIVO ☐ CORSO FAD AUTOGESTITO

N.B.: Tutti gli eventi devono essere accreditati ECM e inerente all'attività specialistica svolta

(Corsi FAD Autogestiti e Corsi facoltativi il limite massimo è di 32 ore annue da usufruire complessivamente tra tutte le Aziende Sanitarie Toscane dove lo specialista presta la propria attività).

TITOLO EVENTO _____ che si terrà il giorno/nei giorni _____

presso _____ come da **programma scientifico allegato**

A tale riguardo il sottoscritto 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 fa lsi ai sensi dell 'art. 76 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

1. che il corso di cui alla presente richiesta ha un impegno complessivo di ore _____ e che: (**barrare una delle seguenti opzioni**)

   ☐ Ha partecipato al corso al di fuori del proprio orario di servizio e, pertanto, chiede il riconoscimento delle ore corrispondenti all'intera durata del corso, mediante accredito nella "Banca ore" del sistema WHR;

   ☐ la partecipazione al corso è, limitatamente a n. _____ ore, coincidenti con l'orario di servizio, e pertanto chiede il riconoscimento di ulteriori n. _____ ore eccedenti da inserire nella "Banca Ore" del sistema WHR;

2. 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/dalla dr./dr.ssa _____

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

- Inviare copia della presente a tutte le Aziende Sanitarie dove presta servizio nei giorni previsti per la formazione;
- Presentare l'attestato di partecipazione a tutte le Aziende Sanitarie con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti, condizione indispensabile per l'applicazione dell'art. 40 dell'ACN in oggetto.

Data _____ Firma dello specialista _____

SI AUTORIZZA ALLA PARTECIPAZIONE

Data _____ _____

Timbro e firma del responsabile dell'attività

TPX 3460 - SERVIZIO TIPOGRAFICO - 04.11.26