|  |  |
| --- | --- |
| Nuova_immagine | **AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE**  U. O. FORMAZIONE-COMUNICAZIONE E RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ  Segreteria Organizzativa Ufficio Formazione  tel. 0875/717309-495 fax: 0875/717365 e-mail: [edoardaleonarda.cistullo@asrem.org](mailto:edoardaleonarda.cistullo@asrem.org) |

|  |  |
| --- | --- |
| **ACCETTAZIONE INCARICO DOCENTE INTERNO** | **MOD. 11/I** |

Evento: (Titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evento: (Titolo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data evento: da (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_provincia \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

dipendente a tempo indeterminato determinato con la qualifica di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in servizio presso l’U.O./Servizio/Ufficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sede di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

di accettare l’incarico di docente/relatore moderatore all’evento formativo in oggetto organizzato dall’ASReM a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per un totale di n.\_\_\_\_\_\_\_\_ ore, come indicato nel programma predisposto dal Responsabile Scientifico del corso,

da tenersi: □ durante l’orario di servizio □ fuori dell’orario di servizio

a titolo: □ gratuito □ oneroso

**DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti dell’art. 48 comma 25 della L. 326/2003, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia,

- che, nell’esercizio delle funzioni suindicate, non sarà in alcun modo portatore di interessi commerciali propri e/o di terzi;

- che gli eventuali rapporti avuti negli ultimi due anni con soggetti portatori di interessi non sono tali da permettere a tali soggetti di influenzare le funzioni attuali sopra indicate e trarne vantaggio.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma (leggibile)

Il dipendente

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