



AZIENDA SANITARIA REGIONALE MOLISE
U. O. FORMAZIONE-COMUNICAZIONE E RAPPORTI CON LE UNIVERSITÀ
Segreteria Ufficio Formazione
tel. 0875/717309-495 fax: 0875/717365 e-mail: edoardaleonarda.cistullo@asrem.org

**INDIVIDUAZIONE ED AUTORIZZAZIONE PARTECIPANTE/I AD
EVENTI FORMATIVI SPONSORIZZATI DA SOGGETTI TERZI**

MOD. 09

Viste le disposizioni della normativa vigente in materia di sponsorizzazioni di eventi formativi e preso atto dell'offerta della Ditta _____
promotrice l'evento formativo dal titolo: _____ che si
svolgerà a _____ dal _____ al _____ per un totale di gg. ____
il/la sottoscritto/a _____ Direttore della U.O.C. /Struttura
_____ sede di _____,

comunica che parteciperà il/i dipendente/i di seguito indicato/i che dichiara/dichiarano di non trovarsi in situazioni di incompatibilità o di conflitto di interessi con la ditta promotrice:

partecipante/i : (cognome , nome, matricola e qualifica)

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

In relazione a quanto proposto, il sottoscritto in qualità di Direttore UOC/Struttura _____ ,
dichiara che:

l'assenza non pregiudica la funzionalità del servizio né la regolare fruizione del congedo ordinario

l'iniziativa è coerente con i bisogni formativi dell'Unità Operativa e permette l'acquisizione di specifiche competenze

il dipendente ha partecipato, in qualità di discente, per il corrente anno n. ____ volte

Si allega:

- copia dell'offerta della ditta /promotore;
- copia del programma relativo all'iniziativa formativa;
- la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà in materia di conflitto di interessi del partecipante/i.

Timbro e Firma (leggibile)

Il Direttore UOC / Struttura

ACCETTAZIONE (da compilare a cura del partecipante/i)

Il sottoscritto _____ dichiara di accettare.

Firma _____

Il sottoscritto _____ dichiara di accettare.

Firma _____

Il sottoscritto _____ dichiara di accettare.

Firma _____

LA DIREZIONE SANITARIA / AMMINISTRATIVA

- autorizza il/i dipendente/i alla partecipazione all'evento formativo indicato
- non autorizza il/i dipendente/i alla partecipazione all'evento formativo indicato

Il Direttore Amm.vo
(per competenza)

Il Direttore Sanitario
(per competenza)

Data _____

A cura del partecipante all'iniziativa sponsorizzata

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____
nato a _____ e residente a _____
in servizio presso la UO/Struttura _____
con la qualifica di _____

D I C H I A R A

ai sensi della normativa vigente in materia di Trasparenza e Anticorruzione, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000:

di non avere interessi diretti o indiretti che possano pregiudicare la partecipazione alla formazione proposta;

di non avere utilizzato e di non utilizzare beni e/o accessori di ricambio e/o materiali pluriuso/monouso riferibili a beni in comodato d'uso gratuito, in prova/visione presso la Struttura di appartenenza, forniti dal soggetto/ditta che sponsorizza.
che nell'ultimo biennio:

non ha svolto incarichi in qualità di componente di commissione giudicatrice con affidamento dell'appalto all'azienda sponsorizzatrice dell'evento;

ha svolto le seguenti altre attività remunerate (incluso rimborso spese o compenso diretto) a carico della Ditta che sponsorizza:

Dichiara, altresì:

di essere informato/a che i dati personali raccolti vengono trattati secondo le norme del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016 e del Codice in materia di protezione dei dati personali di cui al D. Lgvo 30 giugno 2003, n. 196, e successive modifiche ed integrazioni

Data _____

Firma per esteso _____