

 Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Valle Olona	<b>MODULO</b> <b>RICHIESTA AGGIORNAMENTO FUORI SEDE</b> <b><u>OBBLIGATORIO</u></b> <b>UFFICIO FORMAZIONE</b> <b>ASST della Valle Olona</b>	Cod.: MOD01PrSFORM02
		Data: 21/11/2016
		Rev. 1
		Pagina 1 di 1

**Al Direttore Dipartimento/Coordinatore SITRA Dipartimentale di afferenza del richiedente**

Si richiede l'autorizzazione alla partecipazione all'iniziativa di **aggiornamento professionale obbligatorio** di seguito indicata

titolo evento \_\_\_\_\_

organizzato da \_\_\_\_\_ luogo di svolgimento \_\_\_\_\_

date \_\_\_\_\_ sito web\* dell'evento \_\_\_\_\_

\* si prega di evitare la stampa di allegati non necessari

per il dipendente:

cognome*	nome*	cod.dip.*
qualifica*		
Unità Operativa/Struttura*	Presidio*	Dipartimento*
telefono*	e-mail*	* dati obbligatori

La partecipazione alla suddetta iniziativa risulta necessaria in relazione al conseguimento degli obiettivi della U.O. come di seguito meglio specificato: (NB: è obbligatorio motivare la richiesta)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A.O. Busto A., li \_\_\_\_\_

firma del Resp. U.O./S.A./Servizio/Coord. SITRA U.O. \_\_\_\_\_ X

Firma del dipendente per presa visione \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Esaminata la richiesta, <input type="checkbox"/> SI AUTORIZZA <input type="checkbox"/> NON SI AUTORIZZA la partecipazione all'evento formativo fuori sede in regime di aggiornamento obbligatorio Busto A., li _____ firma del Direttore Dipartimento/Coord. Dipart. SITRA _____ X <input type="checkbox"/> Si restituisce al dipendente per mancato accoglimento <input type="checkbox"/> Si trasmette per il seguito alla S.A. Risorse Umane e Relazioni Sindacali (a cura del firmatario)
---

**N.B.: SI RICORDA CHE IL GIUSTIFICATIVO DELL'ASSENZA VA INVIATO ALLA S.A. RISORSE UMANE ENTRO 10 GG. DALLA FRUIZIONE.**