

Al _____

Oggetto: **RICHIESTA PARTECIPAZIONE A CONVEGNO/CORSO DI FORMAZIONE
ART. 40 ACN 31/03/2020**

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

quale specialista ambulatoriale interno, branca _____

con incarico a tempo indeterminato/determinato per n. _____ ore settimanali chiede di poter partecipare al convegno/corso di formazione:

CORSO OBBLIGATORIO giorno/i _____ presso _____

CORSO FACOLTATIVO **autogestito accreditato e inerente all'attività specialistica svolta**
(limite massimo 32 ore annue da usufruire complessivamente tra tutte le Aziende Sanitarie Toscane dove lo specialista presta la propria attività), 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 di dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

1. di avere già usufruito nell'anno in corso complessivamente presso l'Azienda USL Toscana centro e/o presso le Aziende Sanitarie della Regione Toscana dove presta servizio, di n. _____ ore per aggiornamento professionale;
2. che il corso di cui alla presente richiesta ha un impegno complessivo di ore _____ e che:
 - a) ha partecipato al corso fuori dall'orario di servizio e, pertanto, chiede che gli venga riconosciuto il plus orario per l'intera durata del corso;
 - b) la partecipazione al corso è, limitatamente a n. _____ ore, coincidenti con l'orario di servizio, e pertanto chiede il riconoscimento del plus orario per n. _____ ore eccedenti;
 - c) 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 _____ dr. _____
telefono _____, _____ quale è in possesso di idonea specializzazione.
3. di inviare copia della presente a tutte le Aziende Sanitarie dove presta servizio nei giorni previsti per la formazione;
4. di impegnarsi a presentare l'attestato di partecipazione a tutte le Aziende Sanitarie di cui al punto 3) con l'indicazione dei crediti formativi ottenuti, condizione indispensabile per l'applicazione dell'art. 38 dell'ACN in oggetto.

Data _____

Firma dello specialista _____

SI AUTORIZZA ALLA PARTECIPAZIONE

Data _____

Timbro e firma del responsabile dell'attività _____