



MODULO PER LA DICHIARAZIONE SEMESTRALE DELLE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO E DELLE RIUNIONI DI REPARTO

All'Ufficio Rilevazione Presenze
del Dipartimento Gestione Risorse Umane
SEDE di _____

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n. _____
(nome e cognome)

con la qualifica di _____
in servizio presso _____

(Struttura / Ospedale/ Servizio / Dipartimento) sede di _____

dichiara

di aver partecipato alle iniziative previste nel Piano Formativo Aziendale annuale per la durata sotto specificata, nonché alle indicate riunioni di reparto

SEMESTRE DAL _____ AL _____

DATA	TITOLO INIZIATIVA	N. ORE CREDITI FORMATIVI	N. ORE AGG. OBBL. NON ECM	N. ORE DI VIAGGIO	N. ORE RIUNIONE

_____, li _____
(luogo) (data)

IL DIPENDENTE

Visto si confermano i dati dichiarati.....

IL COORDINATORE/RESPONSABILE DELL'U.O.
