

**Oggetto: Partecipazione a convegno/corso di aggiornamento ex art. 38 A.C.N. del 17/12/2015**

Il sottoscritto dr. \_\_\_\_\_ specialista ambulatoriale convenzionato a tempo indeterminato/determinato nella branca di \_\_\_\_\_, chiede di poter partecipare al convegno/corso di formazione, come da allegato programma scientifico allegato con la seguente modalità (fleggare la modalità richiesta):

	<b>CORSO ORGANIZZATO A LIVELLO REGIONALE O AZIENDALE</b>
--	--

Ne è autorizzata la partecipazione in modalità:

	<b>OBBLIGATORIA</b>
--	---------------------

	<b>FACOLTATIVA</b>
--	--------------------

	<b>CORSO AUTOGESTITO</b>
--	--------------------------

A tale riguardo il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità e consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso dichiarazioni non veritiere e di formazione o uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, quanto segue:

**U.O.C. Gestione  
Specialisti  
Ambulatoriali e  
Contratti Atipici**

° di avere già usufruito nell'anno in corso complessivamente di n..... ore per aggiornamento professionale autogestito;

Livorno 0586/223716  
[simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)

Al fine di mantenere in efficienza il turno di cui è titolare, il sottoscritto indica come sostituto il dr.....

Pisa 050/954295  
[serena.dilda@uslnordovest.toscana.it](mailto:serena.dilda@uslnordovest.toscana.it)

° Dichiaro di inviare copia della presente a tutte le Aziende U.S.L. dove presta servizio nei giorni previsti dall'aggiornamento ed all'Azienda U.S.L. Capofila anche se in tali giorni non vi è previsto il servizio;

Lucca 0583/449884  
[evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it](mailto:evita.bandiera@uslnordovest.toscana.it)

° Si impegna a presentare l'attestato di partecipazione alle Aziende UU.SS.LL. interessate, condizione indispensabile per l'applicazione dell'art. 38 ACN/2015.

Viareggio 0583/449143  
[raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it](mailto:raffaella.guidi@uslnordovest.toscana.it)

.....li.....

firma.....

**IL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA**

Massa 0585/657531  
[roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)

☐ **Autorizza** la presente richiesta di permesso.

NOTE:.....

☐ **Non Autorizza** la presente richiesta di permesso in quanto:

---

---

---

.....li.....

firma.....

Azienda USL Toscana nord ovest



**U.O.C. Gestione  
Specialisti  
Ambulatoriali e  
Contratti Atipici**

Livorno 0586/223716  
[simona.balluchi@](mailto:simona.balluchi@uslnordovest.toscana.it)  
uslnordovest.toscana.it

Pisa 050/954295  
serena.dilda@  
uslnordovest.toscana.it

Lucca 0583/449884  
evita.bandiera@  
uslnordovest.toscana.it

Viareggio 0583/449143  
raffaella.guidi@  
uslnordovest.toscana.it

Massa 0585/657531  
[roberta.gussoni@uslnordo](mailto:roberta.gussoni@uslnordovest.toscana.it)  
[vest.toscana.it](mailto:vest.toscana.it)

# Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: PISTOLESI MAIDA

DATA FIRMA: 19/07/2019 15:58:28

IMPRONTA: 62323039373330616638386461376233353564373738616464616464343531333537663330303536