



Allegato VI

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**
Sede Legale Viale della Vittoria n.321- Agrigento
P.Iva e C.F. 02570930848
Direzione Generale
U.O.S. Formazione del Personale

e mail: formazione@aspag.it
tel. 0922/407189- 523

Al Direttore Sanitario/Amministrativo

Oggetto: Individuazione partecipante/i ad evento formativo sponsorizzato da terzi.

Con riferimento alla proposta di formazione della ditta

Relativa all'evento formativo avente ad oggetto:

Che si svolgerà a _____ dal _____ al _____

Si individua/no come partecipante/ti

(nome) _____ (cognome) _____

Con la qualifica di _____

In relazione alla suddetta proposta il sottoscritto dichiara che:

- l'assenza non pregiudica la funzionalità del servizio
- l'iniziativa formativa è coerente con i bisogni formativi e gli obiettivi aziendali e permette l'acquisizione di specifiche competenze
- l'individuazione è avvenuta secondo i criteri di cui al vigente regolamento aziendale.

Si allega dichiarazione del personale individuato in ordine all'assenza di incompatibilità e conflitto di interessi.

Il Direttore U.O. _____

Direzione Sanitaria/Amministrativa

In relazione alla superiore proposta si esprime:

- parere favorevole
 parere sfavorevole

Il Direttore Sanitario/Amministrativo

Il Resp.le UOS Formazione del Personale