



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO 1**

Potenza,

**Al Dirigente Responsabile**  
**U.O.S. Qualità, Risk Management**  
**e Accreditamento**

SEDE

**OGGETTO: Proposta Piano Formativo Anno \_\_\_\_\_ .**

Dipartimento \_\_\_\_\_

Unità Operativa \_\_\_\_\_

Proponente \_\_\_\_\_

Tipo evento \_\_\_\_\_

Titolo \_\_\_\_\_

Obiettivo \_\_\_\_\_

Target \_\_\_\_\_

Accreditamento ECM     Si     No

Sede svolgimento \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Mese \_\_\_\_\_

**Il Direttore Dipartimento**  
**(timbro e firma)**



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO 2**

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE EVENTI FORMATIVI INTERNI**

(Compilare a stampatello in tutte le parti e spedire al Protocollo Generale)

Al Dirigente Responsabile  
U.O. S. Formazione, Informazione  
e Comunicazione

SEDE

Evento Formativo .....

Data di svolgimento: ..... SEDE: .....

Cognome ..... Nome .....

Numero di matricola .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita .....

Unità Operativa di appartenenza .....

Ruolo: Sanitario  Tecnico  Amministrativo  Professionale

Professione ..... Specializzazione .....

Telefono Ufficio ..... Fax Ufficio .....

E-mail: .....

**Dichiaro sotto la mia responsabilità, ai sensi del DPR n. 445 del 28.12.2000, che i dati sopra riportati sono veritieri.**

**Inoltre, autorizzo l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs n. 196/03 e successive modifiche, al trattamento dei miei dati per la gestione dell'attività formativa e per la trasmissione degli stessi alla Commissione del Ministero della Salute (ECM) per l'accreditamento delle attività formative. Dichiaro, altresì, di essere informato, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici.**

**Nel caso di esaurimento dei posti mi dichiaro disponibile a partecipare ad altre edizioni.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**Per il personale del comparto**  
**Il Titolare P.O. Dipartimentale o Coordinatore**  
(timbro e firma leggibile)

**Per il personale della Dirigenza**  
**Medica e non Medica**  
**Direttore U.O.**  
(timbro e firma leggibile)



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**ALLEGATO 3**

**COMPENSI DOCENTI ESTERNI**

1. Ai Docenti esterni sono corrisposti i compensi previsti dal Ministero della Sanità con Decreto 1 febbraio 2000 incrementati del 25 %, in ragione del lasso di tempo decorso e tenuto conto dei tassi inflazionistici registrati.
2. E' fatta salva la facoltà per l'Azienda, per motivi da indicarsi nell'atto di affidamento dell'incarico, di determinare i compensi da corrispondere ai Docenti in misura diversa da quella stabilita nel precedente punto.
3. Ai Docenti esterni vengono rimborsate le spese di vitto, viaggio e alloggio, debitamente documentate.



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**MODULO A**

Potenza,

**Al Direttore Generale**  
Azienda Ospedaliera Regionale  
"San Carlo" di Potenza

SEDE

**OGGETTO: Richiesta autorizzazione evento/progetto formativo non inserito nel Piano Formativo Aziendale**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'autorizzazione alla realizzazione del  Convegno  Corso  Altro \_\_\_\_\_

dal titolo \_\_\_\_\_

previsto per il giorno \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_

Obiettivo del Convegno/Corso \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**MODULO B**

**RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO EXTRA AZIENDALE**  
(Da presentare improrogabilmente 20 giorni prima dell'inizio del corso,  
in caso di richiesta di anticipazione spese 30 giorni prima dell'inizio del corso )

Al Dirigente Responsabile  
U.O.S. Formazione, Informazione  
e Comunicazione

SEDE

Il sottoscritto Dr. ...., nella qualità di Direttore di  
Dipartimento/U.O. (cancellare le voci che non interessano)

propone che

il Dr. /Sig. ....

con la qualifica di ....., assegnato all'U.O..... con incarico di  
.....sia autorizzato a partecipare in aggiornamento obbligatorio alla formazione di seguito  
descritta.

<b>Area tematica di formazione</b> <i>Tematiche/Tecniche</i>	
<b>1) Formazione in missione (escluso comando)</b>	
<b>Tipologia della formazione</b> <i>(ad esclusione di comando presso altra Azienda)</i>	Corso    Convegno    Seminario    Congresso    Master Formazione sul campo
<b>Organizzatore dell' evento</b>	
<b>Titolo dell' evento</b>	
<b>Sede dell' evento</b>	
<b>Durata dell' evento</b> <i>(data inizio e fine, in caso di più moduli specificare)</i>	
<b>2) Comando presso altra Azienda</b>	



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

<b>Ente presso cui effettuare il comando</b>	
<b>Sede</b>	
<b>Autorizzazione Ente Ospitante</b>	Da allegare
<b>Periodo</b>	
<b>Frequenza accessi</b> ( <i>giornalieri, settimanali, ecc.</i> )	
<b>Numero accessi</b>	

<b>Campi da compilare sia per missione che per comando</b>	
<b>Proposta inserita nel PFA</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Programma dettagliato dell'iniziativa</b>	Da allegare
<b>Obiettivo della formazione</b> N.B. Il presente campo va compilato obbligatoriamente e dettagliatamente	
<b>Costo complessivo previsto</b>	

Data \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA

Direttore U.O.

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**Modulo C**

Potenza,

**Al Dirigente Responsabile**  
**U.O.S. Qualità, Risk Management**  
**e Accreditamento**

SEDE

Oggetto: **Richiesta di aggiornamento facoltativo extra aziendale**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_

Chiede

l'autorizzazione a partecipare all'iniziativa di aggiornamento sotto specificata, di cui si allega il relativo programma:

Titolo iniziativa

\_\_\_\_\_

Promotore

\_\_\_\_\_

Località -

\_\_\_\_\_ Periodo \_\_\_\_\_

Costo quota iscrizione € \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

Parere motivato del Direttore U.O. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma \_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**Modulo D**

Potenza,

**Al Dirigente Responsabile**  
**U.O.S. Qualità, Risk Management**  
**e Accreditamento**

SEDE

**DICHIARAZIONE ASSENZA CONFLITTO D'INTERESSE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

in servizio presso l'U.O. \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia,

Dichiara:

di non aver avuto nell'ultimo biennio, rapporti con la Ditta \_\_\_\_\_ Sponsor dell'evento che possano configurare conflitto d'interesse con l'evento stesso.

In fede

*Firma*

\_\_\_\_\_





**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**Modulo E**

Eventi organizzati direttamente dall'AOR San Carlo  
(lettera a del Regolamento Formazione)

Potenza,

**Al Dirigente Responsabile**  
**U.O.S. Formazione, Informazione**  
**e Comunicazione**

SEDE

OGGETTO: Richiesta autorizzazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per la realizzazione del  Convegno  Concorso  Corso  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

titolo \_\_\_\_\_

previsto per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

l'autorizzazione all'uso di:

Auditorium  Aula Sindaci  Aula Polo Didattico  Altro (specificare)

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**

**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**

**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**

Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Richiede altresì:

<b>Descrizione</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Quantità</b>
Accreditamento ECM (indicare n. medici, infermieri, altre figure professionali)			
Brochure e buste			
Locandine			
Manifesti (50x70)			
Banner informativo per holl centrale			
Cavalieri			
Kit congressuale (cartellina, block notes, penna)			
Attestati di partecipazione/relatori			
Attestati ECM			
Mensa aziendale			
Coffee Break			
Lunch			
Allestimento sala convegno (fiori, ect....)			
Supporti audiovisivi			
Assistenza tecnica			
Segreteria organizzativa (hostess, registrazione partecipanti, etc....)			
Compenso relatori			
Viaggi e trasferimenti relatori			
Ospitalità relatori (pernottamento, cena, etc.....)			
Altro (specificare)			



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Di seguito elenca gli sponsor con l'indicazione delle somme che si sono impegnati a devolvere per l'iniziativa:

Sponsor \_\_\_\_\_ Somme \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Somme \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Somme \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Somme \_\_\_\_\_

All' uopo fa presente che:

Il progetto è inserito negli obiettivi di budget si  no

Il progetto è inserito in Piani nazionali o regionali si  no

Quale? .....

Il progetto è inserito nel Piano Formativo Aziendale si  no

E' prevista la frequenza di n. \_\_\_\_\_ partecipanti.

Il referente organizzativo è il/la sig./ra \_\_\_\_\_ reperibile al numero di telefono \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_.

*Firma del Richiedente*

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

**Modulo F**

Eventi organizzati in collaborazione tra l'AOR e Soggetti partners  
(lettera b del Regolamento Formazione)

Potenza,

**Al Dirigente Responsabile**  
**U.O.S. Formazione, Informazione**  
**e Comunicazione**

SEDE

OGGETTO: Richiesta autorizzazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per la realizzazione del  Convegno  Concorso  Corso  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

titolo \_\_\_\_\_

previsto per il giorno \_\_\_\_\_ dalle ore \_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_

**ORGANIZZATO IN COLLABORAZIONE CON IL SEGUENTE SOGGETTO PARTNERS**

\_\_\_\_\_

l'autorizzazione all'uso di:

Auditorium  Aula Sindaci  Aula Polo Didattico  Altro (specificare)

\_\_\_\_\_



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA**  
**Ospedale "S. Carlo" di Potenza**  
**Ospedale "S. Francesco di Paola" di Pescopagano**  
Via Potito Petrone – 85100 Potenza - Tel. 0971 - 61 11 1  
Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

a) Dichiaro che:

- la spesa presunta complessiva è pari a € \_\_\_\_\_;
- gli sponsor sono i seguenti e si sono impegnati a devolvere per l'iniziativa gli importi a fianco di ciascuno indicati:

Sponsor \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

Sponsor \_\_\_\_\_ Importo € \_\_\_\_\_

b) Si impegna, al fine di fruire dei contributi previsti dal punto 6 lettera b del regolamento per la formazione e l'aggiornamento professionale, a trasmettere il consuntivo delle spese effettive sostenute.

*Firma del Richiedente*

\_\_\_\_\_