



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

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

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Potenza,

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

SEDE

OGGETTO: *Denominazione evento:* _____

Richiesta autorizzazione.

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di _____

C H I E D E

per la realizzazione del

Convegno Seminario Congresso Corso Altro (specificare) _____

titolo _____

previsto per il/i giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____

l'autorizzazione del Direttore Generale all'uso di:

Auditorium

Sala Convegni 1° piano Palazzina Uffici



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

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

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

Richiede altresì:

Descrizione	Si	No	Quantità
Accreditamento ECM (indicare n. medici, infermieri, altre figure professionali)			
Brochure e buste			
Locandine			
Manifesti (50x70)			
Banner informativo per hall 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

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

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 programma scientifico allegato è stato autorizzato dal Direttore Sanitario;
- 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

Note della U.O. Formazione, Informazione e Comunicazione:

.....
.....
.....

SI AUTORIZZA / NON SI AUTORIZZA

IL DIRETTORE GENERALE

Note del Direttore Generale per l'Ufficio Stampa:

.....
.....
.....



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

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

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

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

D I C H I A R A Z I O N E

La/il sottoscritta/o _____

nata/o a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D i c h i a r a

che dal consuntivo delle spese effettive sostenute per la realizzazione complessiva del _____ dal Titolo _____

_____svoltosi il _____presso _____

quelle relative alle prestazioni concesse dall'Azienda Ospedaliera San Carlo a titolo di contributo, ex art. 6 lettera b del regolamento per la formazione e l'aggiornamento professionale, approvato con D.D.G. n. 219/2011, non sono coperte da sponsorizzazioni e/o da contributi esterni.

Allega alla presente copia del documento d'identità.

Potenza,

In fede



AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE "SAN CARLO" DI POTENZA

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

Codice Fiscale e Partita IVA – 01186830764

ALLEGATO N. 1
"PROGRAMMA SCIENTIFICO"

AL DIRETTORE SANITARIO

S E D E

Oggetto: Denominazione evento _____

Richiesta Autorizzazione.

TITOLO EVENTO:.....
.....

DATA DI SVOLGIMENTO.....

FIGURE PROFESSIONALI PARTECIPANTI.....
.....
.....

PROGRAMMA SCIENTIFICO.....
.....
.....
.....
.....
.....

Firma del Richiedente

Parere Favorevole del Direttore Sanitario
