

Al Direttore / Responsabile struttura di afferenza

---

**RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE**  
**(ai sensi dell'art. 40, co. 8, dell'A.C.N. del 31/03/2020 e s.m.i.)**

Il/la sottoscritto/a dr. \_\_\_\_\_ specialista ambulatoriale interno/  
professionista per la branca / area professionale di \_\_\_\_\_,  
presso la/e Azienda/e U.L.S.S. n. \_\_\_\_\_,  
per un totale di n. \_\_\_\_\_ ore settimanali

**CHIEDE**

l'autorizzazione a partecipare al CORSO DI AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE:

organizzato da \_\_\_\_\_  
che si svolge a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per tale aggiornamento sarà assente dal servizio:  NO  SÌ

Si chiede il riconoscimento economico anche delle ore al di fuori dell'orario di servizio:  NO  SÌ

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

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

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

data \_\_\_\_\_

(firma dello specialista / professionista)

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DI U.O.

**N.B.: Questo riquadro va compilato SOLO E UNICAMENTE per i corsi il cui programma non è inerente all'attività svolta in Azienda dallo specialista.**

Valutati i contenuti del corso stesso e riscontrato sussistere l'interesse dell'Azienda alla partecipazione del suddetto specialista / professionista, il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Direttore / Responsabile della Struttura presso la quale opera lo specialista / professionista esprime parere:

favorevole

sfavorevole

IL DIRETTORE / RESPONSABILE DELL'UNITÀ OPERATIVA

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

Il Comitato Zonale esprime

Parere favorevole

Parere sfavorevole

IL DELEGATO DEL COMITATO ZONALE

\_\_\_\_\_  
(firma)