



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA

Viale F. Rodolfini n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

All'U.O.S. Formazione
Azienda ULSS 8 Berica
Da inviare a: protocollo@aulss8.veneto.it

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

OGGETTO: Richiesta liquidazione attività di Docenza/Tutor (dipendenti) per il CORSO DI FORMAZIONE:

“ _____ ”

per le ore effettivamente prestate e risultanti dal Registro presenze del corso in oggetto.

La/Il sottoscritto/a _____ matr. _____

dipendente Azienda ULSS 8 “Berica”, presso U.O. _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n 445, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n 445:

Di aver svolto attività di “Docenza” nel corso di cui all'oggetto, come segue:

- Comparto in orario di servizio (ex CCNL Comparto Sanità 2019/2021: € 5,16/h);**
- Dirigenza area sanità in orario di servizio (ex CCNL Area Sanità 2019/2021: € 6,00/h)**

Data	Dalle ore	Alle ore	Totale ore di Docenza Effettive (non superiori a quelle indicate nella lettera d'incarico o programma del corso)	Costo Docenza
TOTALE LIQUIDAZIONE				€

- fuori orario di servizio (Costo docenza € 25,82 /h)**

Data	Dalle ore	Alle ore	Totale ore di Docenza Effettive (non superiori a quelle indicate nella lettera d'incarico o programma del corso)	Costo Docenza
TOTALE LIQUIDAZIONE				€

Lì _____

Firma dichiarante _____

(*) SI AUTORIZZA

Il Dirigente Referente UOS Formazione

Dott. Federico Pegoraro _____

(*) IN CASO DI INCOMPLETEZZA O INCONGRUENZA LA LIQUIDAZIONE NON SARA' AUTORIZZATA.