

PROPOSTA DI CONFERIMENTO INCARICO PROFESSIONALE DIRETTORI DOCENZA/TUTORAGGIO DA PARTE DEL RESPONSABILE SSD FORMAZIONE

Oggetto: **Individuazione incarico professionale diretto di docenza/tutoraggio da parte del Responsabile della SSD Formazione.**

La sottoscritta _____ in qualità di Responsabile della S.S.D. Formazione e di Responsabile Scientifico dell'evento formativo dal titolo _____,

in conformità a quanto previsto dal "Regolamento per la formazione e aggiornamento del personale", "Procedura operativa per il conferimento di incarichi di docenza e formazione", vigente con particolare riguardo all'articolo 6 "Incarico di docenza/tutor a esperti esterni non iscritti all'Albo" con il quale la SSD Formazione si riserva la motivata facoltà di affidare incarichi di docenza diretti a soggetti esterni non inseriti nell'Albo nelle seguenti possibili condizioni:

- a) Quando la docenza risulti caratterizzata, per il suo contenuto di natura culturale e scientifica, non comparabile con altre, in quanto strettamente connessa a particolari abilità, interpretazioni o elaborazioni ed esperienze che il docente ha acquisito nel suo campo specifico (ad esempio esperti di chiara fama e/o esperienza professionale, desumibile da idonea documentazione);
- b) Quando in specifici progetti la committenza è costituita da Enti istituzionali accreditati (es.: Ministero della Salute, Regione, ecc.) i quali chiedono che la docenza sia effettuata da soggetti da essi individuati: in tal caso la richiesta dovrà essere formalizzata con apposito atto;
- c) Quando, in occasione di convegni/conferenze/corsi di breve durata, viene richiesta la competenza di professionisti esperti della disciplina oggetto della formazione che prestano la loro attività con brevi interventi, in forma non continuativa e a titolo gratuito;

comunica che ha individuato, in rapporto agli obiettivi formativi e ai contenuti che il corso si prefigge di conseguire, il/i professionista/i che rientrano nella condizione sopradescritta alla lettera ___ e ne chiede contestualmente il conferimento dell'incarico di docenza:

1) *A (nome e cognome e codice fiscale del professionista individuato dall'albo docenti):*

- a) durata dell'incarico (espressa in ore): _____
- b) giorno/i in cui l'incarico si svolge: ___/___/___

SSD FORMAZIONE



AS FO
Azienda sanitaria
Friuli Occidentale

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it

dichiara

che l'oggetto della prestazione corrisponde alle competenze attribuite dall'ordinamento all'Azienda e risulta coerente con le esigenze di funzionalità della stessa;

Data _____

Firma _____

La Responsabile S.S.D. Formazione
e Responsabile Scientifico