

**PROCEDURA PER ORGANIZZARE UN EVENTO ECM/NON ECM ASP  
NELLA MODALITÀ FORMAZIONE RESIDENZIALE (RES)  
OPPURE NELLA MODALITÀ FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC)**

Il Direttore o il Dirigente Responsabile del Servizio, con il visto del Direttore del Dipartimento (se presente) inoltra al Direttore Generale, e per conoscenza al Responsabile dell'UOSD Formazione, una nota di richiesta di attivazione dell'evento formativo con allegata la "scheda proposta attivazione evento formativo" specificando se l'evento è previsto nel Piano formativo aziendale dell'anno in corso.

Alcune Indicazioni per la compilazione della scheda:

- con riferimento ai costi presunti e dettagliati dell'attività (compenso docenti int./est., rimborso spese docenti per vitto, viaggio e alloggio, ecc.) vedere regolamento interno relativo ai compensi ai docenti, <http://www.aspbasilicata.it/servizi/uosd-formazione-asp>, e l'allegato 1 alla scheda. Non si prevedono spese per coffee-break, colazioni di lavoro. Le brochure sono previste solo per particolari eventi aperti anche all'esterno. In tali casi la segreteria dell'U.O. richiedente deve far pervenire il file della brochure pronto per la stampa.
- se sono presenti docenti esterni occorre un'adeguata motivazione della scelta del professionista
- esempio di programma dettagliato dell'evento:  
TITOLO  
Sede: sala formazione ASP via ..... Città, data gg/mm/aaaa  
ore 8:00-8:30 registrazione partecipanti  
ore 8:30-9:00 presentazione del corso - dott. Mario Rossi  
ore 9:00-13:00 "specificare l'argomento" -dott. Vincenzo Bianchi  
ore 13:00-14:00 pausa pranzo  
ore 14:00-17:00 "specificare l'argomento" - dott. Carlo Verdi  
ore 17:00-17:30 questionario ECM ecc.)  
NB indicare per ogni tema i docenti sostituti.

**DOCUMENTAZIONE DA INVIARE ALL'UOSD FORMAZIONE ALMENO 60 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI SVOLGIMENTO DELL'EVENTO FORMATIVO:**

- CV e Codice Fiscale di tutti i docenti e del Responsabile Scientifico. Il CV dovrà essere stilato nel formato europeo e dovrà essere sintetico (composto di massimo 2 pagine), datato, firmato e corredato di documento di riconoscimento e dell'autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e di autorizzazione al trattamento dei dati personali come da fac simili allegati. Detto materiale dovrà pervenire in formato cartaceo con firme originali. **Si precisa che l'UOSD Formazione procederà all'accreditamento ECM dell'evento presso l'AGENAS solo quando in possesso della documentazione in originale sopra indicata**

Per informazioni rivolgersi a U.O.S.D. Formazione ASP, Ufficio di Potenza:

P.O. Dott. Paolo Viola – tel. 0971310533 [paolo.viola@aspbasilicata.it](mailto:paolo.viola@aspbasilicata.it)

Dott. R. Tiziano Lacapra – 0971310522 [tiziano.lacapra@aspbasilicata.it](mailto:tiziano.lacapra@aspbasilicata.it)



**SCHEDA PROPOSTA ATTIVAZIONE EVENTO FORMATIVO**  
**(si raccomanda di leggere le istruzioni per la compilazione)**

<b>1</b> <b>Titolo dell'evento formativo</b>	<hr/> <hr/>
<b>2</b> <b>Tipologia attività formativa/didattica</b>	<b>CORSO ECM SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></b>  <input type="checkbox"/> <b>Formazione Residenziale (RES):</b> <input type="checkbox"/> Corso di aggiornamento <input type="checkbox"/> Seminario <input type="checkbox"/> Congresso <input type="checkbox"/> Convegno  <input type="checkbox"/> <b>Formazione Sul Campo (FSC):</b> <input type="checkbox"/> Training individualizzato <input type="checkbox"/> Gruppo di miglioramento
<b>3</b> <b>Compilare questa sezione solo per la richiesta di Formazione Sul Campo (FSC).</b> <b>Per la Formazione Residenziale (RES) passare direttamente al punto 4</b>	<b>Livelli di acquisizione:</b> <input type="checkbox"/> base <input type="checkbox"/> retraining <input type="checkbox"/> sviluppo/miglioramento <input type="checkbox"/> alta complessità/eccellenza  <b>Setting di apprendimento:</b> <i>Contesto di attività:</i> <input type="checkbox"/> operativo (Es. Ospedaliero, Territoriale, etc) <input type="checkbox"/> Extra operativo (ES. Gruppi di lavoro o di studio, Gruppi di ricerca)  <i>Livello di attività:</i> <input type="checkbox"/> individuale <input type="checkbox"/> di gruppo <input type="checkbox"/> entrambi  <i>Tipologia di attività:</i> <input type="checkbox"/> osservativa <input type="checkbox"/> esercitativa <input type="checkbox"/> esercitativa-operativa <input type="checkbox"/> elaborativa, di studio o di ricerca  <b>Rapporto tutor-discenti:</b> <input type="checkbox"/> 1:1 <input type="checkbox"/> 2:1 <input type="checkbox"/> 3:1 <input type="checkbox"/> 4:1 <input type="checkbox"/> 5:1  <b>Numero partecipanti previsto</b> _____  <b>Sistemi di valutazione delle attività:</b> <b>Soggetto valutatore</b> <input type="checkbox"/> valutazione da parte del tutor <input type="checkbox"/> valutazione da parte del responsabile del progetto  <b>Oggetto della valutazione:</b> <input type="checkbox"/> competenza, capacità abilità acquisita <input type="checkbox"/> risultato operativo (report, relazione, studio, etc)  <b>Verifica apprendimento partecipanti</b> <input type="checkbox"/> questionario a risposta multipla <input type="checkbox"/> questionario a risposta aperta <input type="checkbox"/> produzione elaborazione di un documento <input type="checkbox"/> realizzazione di un progetto

<p><b>4</b></p> <p><b>Obiettivi</b></p> <p><b>COMPILAZIONE OBBLIGATORIA</b></p> <p>a) Obiettivi generali (indicare un solo obiettivo)</p>	<p><b>Obiettivo generale (contrassegnare un solo obiettivo)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM - EBN - EBP) (1)</li> <li>○ Linee guida - Protocolli - Procedure (2)</li> <li>○ Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura (3)</li> <li>○ Appropriately prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia (4)</li> <li>○ Principi, procedure e strumenti per il governo clinico delle attività sanitarie (5)</li> <li>○ Sicurezza del paziente. risk management e responsabilità professionale(6)</li> <li>○ La comunicazione efficace interna, esterna, con paziente. La privacy ed il consenso informato (7)</li> <li>○ Integrazione interprofessionale e multiprofessionale, interistituzionale (8)</li> <li>○ Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera (9)</li> <li>○ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute con acquisizione di nozioni tecnico-professionali (10)</li> <li>○ Management sistema salute. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali (11)</li> <li>○ Aspetti relazionali e umanizzazione delle cure (12)</li> <li>○ Metodologia e tecniche di comunicazione, anche in relazione allo sviluppo dei programmi nazionali e regionali di prevenzione primaria (13)</li> <li>○ Accredimento strutture sanitarie e dei professionisti. la cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizioni di nozioni di processo (14)</li> <li>○ Multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria, medicina relativa alle popolazioni migranti (15)</li> <li>○ Etica, bioetica e deontologia (16)</li> <li>○ Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del SSN e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizioni di nozioni di sistema (17)</li> <li>○ Contenuti tecnico-professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione, di ciascuna specializzazione e di ciascuna attività ultraspecialistica, ivi incluse le malattie rare e la medicina di genere; (18)</li> <li>○ Medicine non convenzionali: valutazione dell'efficacia in ragione degli esiti e degli ambiti di complementarietà (19)</li> <li>○ Tematiche speciali del ssn e ssr ed a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla commissione nazionale per la formazione continua e dalle Regioni/Province Autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di tecnico-professionali (20)</li> <li>○ Trattamento del dolore acuto e cronico. Palliazione (21)</li> <li>○ Fragilità e cronicità (minori, anziani, dipendenze da stupefacenti, alcool e ludopatia, salute mentale), nuove povertà, tutela degli aspetti assistenziali, sociosanitari, e socio-assistenziali; (22)</li> <li>○ Sicurezza e igiene alimentari, nutrizione e/o patologie correlate; (23)</li> <li>○ Sanità veterinaria. Attività presso gli stabulari. Sanità vegetale; (24)</li> <li>○ Farmaco epidemiologia, farmacoconomia, farmacovigilanza (25)</li> <li>○ Sicurezza e igiene ambientali (aria, acqua e suolo) e/o patologie correlate; (26)</li> <li>○ Sicurezza e igiene negli ambienti e nei luoghi di lavoro e patologie correlate. Radioprotezione; (27)</li> <li>○ Implementazione della cultura e della sicurezza in materia di donazione trapianto (28)</li> <li>○ Innovazione tecnologica: valutazione, miglioramento dei processi di gestione delle tecnologie biomediche e dei dispositivi medici. Health Technology Assessment(29)</li> </ul>
---	--

<p>b) Obiettivi specifici legati all'acquisizione di competenze tecnico-professionali</p> <p>c) Obiettivi specifici legati all'acquisizione di competenze di processo</p> <p>d) Obiettivi specifici legati all'acquisizione di competenze di sistema</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di processo; (30)</li> <li>○ Epidemiologia - prevenzione e promozione della salute – diagnostica – tossicologia con acquisizione di nozioni di sistema; (31)</li> <li>○ Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di processo. (32)</li> <li>○ Tematiche speciali del S.S.N. e/o S.S.R. a carattere urgente e/o straordinario individuate dalla Commissione nazionale per la formazione continua e dalle regioni/province autonome per far fronte a specifiche emergenze sanitarie con acquisizione di nozioni di sistema. (33)</li> <li>○ Accreditemento strutture sanitarie e dei professionisti. La cultura della qualità, procedure e certificazioni, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali; (34)</li> <li>○ Argomenti di carattere generale: sanità digitale, informatica di livello avanzato e lingua inglese scientifica. Normativa in materia sanitaria: i principi etici e civili del S.S.N. e normativa su materie oggetto delle singole professioni sanitarie, con acquisizione di nozioni tecnico-professionali; (35)</li> <li>○ Valutazione, analisi, studio, caratterizzazione identificazione di: agenti, sostanze, preparati, materiali ed articoli e loro interazione con la salute e la sicurezza; (36)</li> <li>○ Metodologie, tecniche e procedimenti di misura e indagini analitiche, diagnostiche e di screening, anche in ambito ambientale, del territorio e del patrimonio artistico e culturale. Raccolta, processamento ed elaborazione dei dati e dell'informazione; (37)</li> <li>○ Verifiche ed accertamenti nei porti e sulle navi anche ai fini della sicurezza; valutazioni ed analisi di esplosivi, combustibili, acceleranti e loro tracce; gestione delle emergenze e degli incidenti rilevanti. (38)</li> </ul> <p><b>Obiettivi specifici (scrivere per esteso uno solo tra gli obiettivi b , c d)</b></p> <hr/>
<p><b>5</b> <b>Destinatari con eventuale</b> <b>priorità iscrizioni</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Solo personale ASP –attività formativa obbligatoria per le seguenti UU.OO del Dirigente proponente.</p> <p>U.O. _____</p> <p>U.O. _____</p> <p>NOTE _____</p>

Personale ASP – attività formativa per le seguenti UU.OO-ed esterni

U.O \_\_\_\_\_

U.O \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

Motivazione apertura a esterni \_\_\_\_\_

**Indicare eventuale priorità di iscrizione:**

**Elenco Professioni (segnare con una crocetta le professioni interessate)**

**Tutte le professioni e le qualifiche sanitarie e non (Tecnici e Amministrativi)**

**Tutte le professioni sanitarie**

**Solo alcune professioni sanitarie indicate più avanti**

**Corso aperto anche alle seguenti figure professionali non ECM**

1 \_\_\_\_\_ n. max \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ n. max \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ n. max \_\_\_\_\_

Indicare a quali tra le seguenti professioni sanitarie l'evento formativo è rivolto:

**Medico Chirurgo**

SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI

- Allergologia e immunologia clinica
- Anatomia patologica
- Anestesia e rianimazione
- Angiologia
- Audiologia e foniatría
- Biochimica clinica
- Cardiochirurgia
- Cardiologia
- Chirurgia generale
- Chirurgia maxillo facciale
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica e ricostruttiva
- Chirurgia toracica
- Chirurgia vascolare
- Continuità assistenziale (ex Guardia Medica)
- Cure Palliative
- Dermatologia e venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia
- Epidemiologia
- Farmacologia e tossicologia clinica
- Gastroenterologia
- Genetica medica
- Geriatria
- Ginecologia e ostetricia
- Igiene degli alimenti e della nutrizione
- Igiene, epidemiologia e sanità pubblica
- Laboratorio di genetica medica

- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie infettive
- Malattie metaboliche e diabetologia
- Medicina aeronautica e spaziale
- Medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro
- Medicina dello sport
- Medicina di Comunità
- Medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza
- Medicina fisica e riabilitazione
- Medicina generale (Medici di Famiglia)
- Medicina interna
- Medicina legale
- Medicina nucleare
- Medicina subacquea e iperbarica
- Medicina termale
- Medicina trasfusionale
- Microbiologia e virologia
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurochirurgia
- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Neuroradiologia
- Oftalmologia
- Oncologia
- Organizzazione dei servizi sanitari di base
- Ortopedia e traumatologia
- Otorinolaringoiatria
- Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico – cliniche e microbiologia)
- Pediatria
- Pediatria (Pediatri di libera scelta)
- Psichiatria
- Psicoterapia
- Radiodiagnostica
- Radioterapia
- Reumatologia
- Scienze dell'alimentazione e dietetica
- Urologia
- Indicare eventuali altre specializzazioni

**Veterinario**

SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- Igiene, produzione, trasformazione, commercializzazione conservazione e trasporto alimenti di origine animale e derivati
- Sanità animale

**Odontoiatra**

**Farmacista**

SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI

- Farmacia ospedaliera
- Farmacia territoriale

- Biologo**
- Chimico**  
SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI  
 Chimica analitica
- Fisico**  
SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI  
 Fisica sanitaria
- Psicologo**  
SPECIFICARE LE AREE PROFESSIONALI  
 Psicologia  
 Psicoterapia
- Assistente sanitario**
- Dietista**
- Educatore professionale**
- Fisioterapista**
- Igienista dentale**
- Infermiere**
- Infermiere pediatrico**
- Logopedista**
- Ortottista/Assistente di oftalmologia**
- Ostetrica/o**
- Podologo**
- Tecnico della riabilitazione psichiatrica**
- Tecnico della fisiologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare**
- Tecnico audiometrista**
- Tecnico audioprotesista**
- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro**
- Tecnico di neurofisiopatologia**
- Tecnico ortopedico**
- Tecnico di laboratorio biomedico**
- Tecnico sanitario di radiologia medica**
- Tecnico della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva**
- Terapista occupazionale**
- Ottico**
- Odontotecnico**
- Indicare eventuali altre professioni e/o specializzazioni**
-

<b>N. massimo partecipanti</b>	_____
<b>6 Periodo di svolgimento e numero edizioni</b>	NB la prima data dell'evento formativo deve essere almeno 60 giorni dopo la presentazione di questa scheda _____
<b>7 7a: Responsabile Scientifico</b>	Resp. Scientifico: cognome _____ nome _____ CF _____ - cell _____
<b>7b: Referente Segreteria di Dipartimento U.O.</b>	Referente segreteria cognome _____ nome _____ CF _____ - cell _____
<b>8 8a: Docenti ASP ed eventuali sostituti</b>	cognome _____ nome _____ CF _____ cognome _____ nome _____ CF _____ cognome _____ nome _____ CF _____
<b>8b: Docenti non ASP ed eventuali sostituti</b>	cognome _____ nome _____ CF _____ cognome _____ nome _____ CF _____ cognome _____ nome _____ CF _____
<b>9 Costi presunti dell'attività</b> - Compenso docente/i - Spese Vitto - Spese Alloggio - Spese Viaggio - Altro (specificare) (vedi Allegato 1)	_____ _____ _____ _____ _____ TOTALE _____
<b>10 Motivazione della scelta di eventuali docenti esterni</b>	NB Motivare adeguatamente la scelta di ciascun docente esterno facendo riferimento alla specifica esperienza maturata e alla formazione rilevabili nel curriculum _____ _____ _____ _____
<b>11 Tipo di verifica finale solo per RES</b>	questionario scritto con domande a risposta <input type="checkbox"/> chiusa <input type="checkbox"/> aperta  NB la UOSD Formazione comunicherà al Resp Scientifico di quante domande dovrà essere composto il questionario
<b>12 Luogo dell'evento</b>	_____
<b>Ore totali di corso</b>	_____
<b>Ore effettive di lezione</b>	_____

**ALLEGATI:**

- Bozza di programma –si riserva la presentazione del programma in dettaglio almeno 60 giorni prima della data di inizio dell’evento formativo-  
oppure
- Programma dettagliato dell’evento formativo
  
- Curriculum vitae, Documento di identità, Codice Fiscale, autocertificazione di assenza di conflitto di interessi e di autorizzazione al trattamento dei dati personali per ogni docente e del Responsabile Scientifico
- Si riserva la presentazione della documentazione dei docenti e del Responsabile Scientifico almeno 60 giorni prima della data di inizio dell’evento formativo-

**Data**

**Timbro e Firma**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
(Art. 46 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_, consapevole, ai sensi dell'art 76 D.P.R. n. 445/2000 che, in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci si applicano le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia *Ai sensi e per gli effetti dell'art. 48, comma 25, del d.l. 269/2003, convertito in legge 25 novembre 2003, n. 326*

**DICHIARA**

Di non trovarsi in situazioni di conflitto d'interesse così come indicato dall'art. 6 bis della legge 241/1990 e dall'art. 7 del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici in riferimento alla propria partecipazione in qualità di relatore all'Evento Formativo/Progetto Formativo Aziendale organizzato dalla Azienda Sanitaria Potenza dal TITOLO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Periodo di svolgimento: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza, ai sensi de D.Lvo 196/03 e succ. modificazioni e integrazioni e del Reg. Europeo 679/16 il trattamento dei dati personali anche ai fini ECM, tra cui la pubblicazione del curriculum, ed eventualmente il ruolo di responsabile scientifico, nella Banca Dati del sito ECM, accessibile a **tutti gli utenti, e la trasmissione alla Commissione Nazionale per la formazione Continua di tutti i dati necessari per il report finale.**

N.B.: OCCORRE ALLEGARE UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

data

Firma

## Dichiarazione conflitto d'interessi

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

in qualità di : (barrare l'opzione)

- docente
- moderatore
- relatore
- tutor
- responsabile scientifico

ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato-Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5.del Manuale nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM , per conto del Provider Azienda Sanitaria ASP di Potenza Id Provider 20

dichiara che: (barrare una sola opzione)

- negli ultimi due anni non ha avuto alcun rapporto anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario;
- negli ultimi due anni ha avuto i seguenti rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario: (specificare)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-  
-

Data:

Firma leggibile

## **Massimali e spese rimborsabili per i docenti esterni che collaborano con l'ASP per la realizzazione di Progetti/eventi formativi**

### **Rimborsi**

La prenotazione e il pagamento anticipato è a carico dei docenti esterni che collaborano con l'ASP per la realizzazione di Progetti/eventi formativi.

Tutte le spese devono essere debitamente documentate con fattura o ricevuta fiscale:

- in originale;
- individuale (intestata al singolo partecipante);
- con riferimento all'arco temporale immediatamente precedente e successivo allo svolgimento dell'evento formativo;
- con la descrizione della spesa effettuata di cui si chiede il rimborso (non saranno rimborsate spese non specificate).

Le spese rimborsabili sono relative esclusivamente alle voci e ai massimali sottoelencati.

### **Massimali**

#### **Pasti**

Sono rimborsabili il pranzo e la cena. Ogni ricevuta dovrà essere riferita a un solo pasto.

€ 22,26 per 1 pasto

€ 44,26 per 2 pasti (in caso di attività formative oltre 8 ore)

Per ottenere il rimborso fino al massimale di € 44,26 è necessario presentare 2 ricevute.

Eventuali importi superiori dovranno essere ricondotti in sede di contabilizzazione ai massimali previsti.

Dalla documentazione deve risultare la ragione sociale, la natura della spesa con indicazione di ciò che è stato consumato o da cui risulti che si tratti di "consumazione pasti" (es. "pasto completo"), il luogo, la data e l'importo pagato.

#### **Viaggio**

È previsto il rimborso del biglietto per viaggi con mezzo pubblico.

- È rimborsabile il biglietto ferroviario con tratta dalla stazione ferroviaria più vicina al luogo di residenza a quella dell'evento formativo;
- Il viaggio in aereo, è rimborsabile dietro presentazione del biglietto e delle carte di imbarco
- È rimborsabile il biglietto di bus extraurbani.

L'uso dell'auto propria è concesso qualora risulti più conveniente economicamente per l'ASP rispetto all'uso di mezzi pubblici o in caso di comprovata difficoltà a raggiungere il luogo dell'attività formativa. Il rimborso è pari a € 0,20 per Km percorso. Il rimborso è riconosciuto per la distanza chilometrica riportata sul sito [www.googlemaps.it](http://www.googlemaps.it) tra il luogo di residenza e quello in cui si espleta l'attività formativa.

#### **Spese alloggio**

Saranno rimborsate le spese di alloggio previa presentazione di fattura o ricevuta fiscale intestata all'interessato e completata dai seguenti dati:

- La denominazione dell'hotel
- Il numero dei pernottamenti ed il relativo costo unitario
- È autorizzato il rimborso delle spese di albergo fino alla soglia max di euro 140,00 a notte categoria 4 stelle

Non saranno rimborsate neppure in parte:

- Le ricevute fiscali dei taxi
- Le ricevute di parcheggio del mezzo proprio
- Le ricevute di noleggio di autovettura
- Gli scontrini fiscali privi della descrizione dei beni o servizi acquistati
- Le ricevute pasti e alloggio non fiscali
- I biglietti autoferrotranviari relativi a percorsi urbani
- Spese frigobar in hotel

## **REGOLAMENTI PER LA DETERMINAZIONE DEI COMPENSI AI DOCENTI**

Visitare la pagina ASP <http://www.aspbasilicata.it/servizi/uosd-formazione-asp>