



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Da trasmettere alla U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane in allegato alla richiesta di autorizzazione per la partecipazione ad eventi formativi utilizzando i seguenti istituti previsti dai CCCCNNLL:

- n. 8 giorni nell'anno di assenza retribuita (aggiornamento facoltativo -area dirigenza)
- n. 8 giorni di permesso retribuito (aggiornamento facoltativo -area comparto)
- utilizzo riserva oraria (solo per il personale dirigente)

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 _____, CF _____
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

DICHIARA

in riferimento alla propria partecipazione all'Evento Formativo organizzato da _____ dal
TITOLO _____ che si
svolgerà dal _____ al _____ in _____

NON È SPONSORIZZATO

È SPONSORIZZATO DA _____

Se la partecipazione all'evento è sponsorizzata, il/la sottoscritto/a dichiara la non sussistenza di condizioni di incompatibilità, di diritto o di fatto, inerenti la partecipazione all'evento suddetto.

Data

Firma

Si allega documento di riconoscimento