

**ALL.1**

**DICHIARAZIONE PER FREQUENZA CORSI AZIENDALI IN MODALITA' DIGITALE**

**LA/IL SOTTOSCRITTA/O** \_\_\_\_\_

**QUALIFICA** \_\_\_\_\_

**IN SERVIZIO PRESSO** \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**DI AVER SVOLTO IL CORSO** \_\_\_\_\_

**PER UN TOTALE DI ORE** \_\_\_\_\_

**NELLO SPECIFICO IL SOTTOSCRITTO SI E' COLLEGATO:**

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_ **DATA** \_\_\_\_\_ **N° ORE** \_\_\_\_\_

**E CHE L'ACCESSO AL CORSO E' STATO EFFETTUATO IN GIORNO FERIALE, IN ORARIO DIURNO, AL DI FUORI DELL'ORARIO DI SERVIZIO, O DI ASSENZA PER ALTRI ISTITUTI GIURIDICI INCOMPATIBILI (FERIE, MALATTIA, L.104 , L.1204, C.S., RIPOSO, RECUPERO FESTIVO).**

**La/Il sottoscritto è consapevole che l'U.O.S.D. SIO, Governo Clinico e Qualità effettuerà – ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 Dicembre 2000 e s.m.i. – idonei controlli sulla veridicità della dichiarazione rilasciata.**

**DATA**

**FIRMA**