

S.S. FORMAZIONE

Responsabile del procedimento:

Referente per la pratica:

struttura: S.S. Formazione

telefono:

mail:

Spett.le sig./dott.

S E D E

OGGETTO: Conferimento incarico di docenza nel corso dal titolo “ ” (codice corso_).

Facendo seguito ai colloqui intercorsi e presa visione del Suo curriculum, si conferisce alla S.V. l'incarico di docenza nel corso dal titolo “ ”.

L'attività di docenza si svolgerà in numero _ edizioni, con un impegno di tempo pari a n° _ ore da svolgersi presso la sede _____, come indicato nel programma allegato.

L'attività di docenza, come previsto dal Responsabile del Progetto dott. _____, sarà effettuata

Si precisa altresì che l'attività di **docenza intra orario dovrà essere autorizzata dal Suo Direttore/Responsabile di S.C./S.S., con firma apposta in calce alla presente lettera.**

Alla fine del corso l'attività di docenza sarà sottoposta a verifica secondo le modalità previste.

Si ricorda che la S.V. è tenuta ad attenersi scrupolosamente al programma concordato, sia per quanto concerne i contenuti, sia per quanto riguarda l'orario, la durata delle lezioni e la modalità di verifica dell'attività.

Si informa che la S.V., qualora nell'ultimo biennio abbia avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della sanità, è tenuta a dichiararlo compilando il modulo scaricabile dal sito intranet aziendale e a restituirlo allo scrivente preferibilmente entro 7 giorni dal ricevimento della presente e in ogni caso entro la data dell'evento.

Lo scrivente si riserva, in qualsiasi momento, previo preavviso, di modificare le date di svolgimento o di sospendere il corso.

Si prega di restituire allo scrivente Ufficio (anche via mail), debitamente compilati e firmati, prima possibile e comunque entro la data di inizio del corso:

- accettazione dell'incarico (v. pagina seguente), debitamente compilata e firmata, precisando che il mancato ricevimento della documentazione richiesta comporterà l'impossibilità di svolgere l'attività di docenza

- modulo per il pagamento della docenza

Certi di una proficua collaborazione, si inviano distinti saluti.

Il Responsabile S.S. Formazione

()

Allegati:

- designazione incaricato del trattamento di dati

- modulo pagamento attività didattica

- programma del corso

Oggetto: Accettazione incarico di docenza corso dal titolo ASFO_

DA RESTITUIRE ALLA S.S. FORMAZIONE**DA COMPILARE A CURA DEL DOCENTE:**

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

In riferimento al presente incarico dichiaro quanto segue:

- accetto l'incarico alle condizioni riportate nella presente lettera, secondo il programma allegato, **in orario di servizio** con compenso (€ 5,16/h)
- accetto l'incarico alle condizioni riportate nella presente lettera, secondo il programma allegato, **in orario di servizio** ed in forma gratuita
- accetto l'incarico alle condizioni riportate nella presente lettera, secondo il programma allegato, **fuori orario di servizio** con compenso (€25,82/h)
- non accetto** l'incarico per il seguente motivo: _____

dichiaro inoltre di:

- autorizzare la duplicazione del materiale didattico
- autorizzare la pubblicazione del materiale didattico nel Sito Intranet Aziendale
- che il materiale didattico fornito è libero da Copyright

Data ____/____/____

FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO, LA REGISTRAZIONE E LA PUBBLICAZIONE DI CONTENUTI AUDIO, VIDEO-FOTOGRAFICI E DICHIARAZIONI RESE IN OCCASIONE DI EVENTI, CORSI, CONVEGNI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

DICHIARA

- di assumersi la piena responsabilità relativamente alle dichiarazioni rese in occasione dell'evento, sollevando AsFO da qualsiasi pretesa e/o azione di rivalsa, anche da parte di terzi;
- di essere informato/a e consapevole del fatto che per alcune trasmissioni è ammesso il download e che quindi non sarà possibile controllare la diffusione e gli ulteriori usi del materiale scaricato;
- di rinunciare a qualunque corrispettivo per la posa, l'utilizzo, la riproduzione e la diffusione delle immagini;
- di aver letto e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali allegata al presente incarico.

AUTORIZZA

le riprese della propria immagine e della voce, nei termini ed alle condizioni di seguito indicate, per le finalità istituzionali attinenti all'evento e le altre correlate.

AUTORIZZA ALTRESÍ

AsFO, ai sensi della Legge in materia di protezione del diritto d'autore n. 633 del 22 aprile 1941 e di altri diritti connessi al suo esercizio e s.m.e i.:

- ad esercitare i diritti previsti dagli artt. 12 e seg. Legge n. 633/1941 e s.m. e i.;
- a registrare con mezzi radiotelevisivi, cinematografici e fotografici immagini, audio, video che la/o riguardano, le dichiarazioni rese e il materiale audiovisivo eventualmente presentato;
- a riprodurre le registrazioni su qualsiasi supporto tecnico e/o multimediale conosciuto e ad effettuarne la diffusione su qualsiasi piattaforma: Portale web Aziendale, siti istituzionali di AsFO, piattaforme di E-Learning, siti di soggetti esterni che presentano un collegamento diretto con AsFO;
- a stampare e pubblicare le stesse su riviste, libri, brochure e all'interno di materiale di formazione e informazione relativo alle attività di AsFO;
- ad esporre e proiettare le immagini in occasione di corsi, seminari convegni, dibattiti, conferenze e ad utilizzare le stesse per eventi/opere future;

La/il sottoscritta/o vieta altresì l'uso delle immagini in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

Data ____/____/____ Letto, compreso e sottoscritto (firma leggibile del dichiarante) _____

RISERVATO AL RESPONSABILE/DIRETTORE DELLA STRUTTURA O AL COORDINATORE

Il/La sottoscritto/a _____, prende atto del presente incarico ai sensi del D.Lgs. 66/2003 e, solo per le docenze intra orario,

- autorizza non autorizza la docenza in oggetto in orario di servizio per le date indicate.

Data ____/____/____

FIRMA _____