

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**PROPOSTA DI CONFERIMENTO INCARICO PROFESSIONALE DI  
DOCENZA/TUTORAGGIO**Al Responsabile  
S.O.S. Formazione  
SEDE**Oggetto: Proposta di conferimento incarico professionale di docenza/tutoraggio.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di in qualità di Responsabile  
della S.O.S. Formazione e di Responsabile Scientifico dell'evento dal titolo

\_\_\_\_\_ ,  
dichiara che per il raggiungimento degli obiettivi formativi dell'evento in oggetto, 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 "Scelta del docente/tutor di formazione e affidamento dell'incarico nell'ambito degli iscritti all'Albo" e al Tariffario aziendale,

-intende individuare, in rapporto agli obiettivi formativi e ai contenuti che il corso si prefigge di conseguire, le seguenti professionalità/competenze:

-a seguito della presa visione dell'elenco degli iscritti all'Albo docenti aziendale estratti per l'ambito didattico dell'evento/professione, eseguito in data \_\_\_\_\_ e allegato alla presente, evidenzia che sono stati individuati n° \_\_\_\_\_ potenziali docenti di cui n° \_\_\_\_\_ interni e n° \_\_\_\_\_ esterni.

Effettuata prioritariamente la comparazione dei CV dei docenti interni, si riportano le seguenti considerazioni:

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

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

Effettuata quindi la comparazione dei CV dei docenti esterni, si riportano le seguenti considerazioni:

**per quanto sopra espresso, individua e chiede contestualmente il conferimento dell'incarico/incarichi di docenza a:**

- 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: \_\_/\_\_/\_\_
  - c) Indicazione del compenso ritenuto adeguato, tenuto conto del Tariffario aziendale per attività di docenza/tutoraggio: € \_\_\_/h lordi (eventuali oneri e IVA inclusi)
  - d) Rimborso spese se previste (da specificare) \_\_\_\_\_

**dichiara**

- che l'oggetto della prestazione corrisponde alle competenze attribuite dall'ordinamento all'Azienda e risulta coerente con le esigenze di funzionalità della stessa;
- l'impossibilità di utilizzare le risorse interne dell'Azienda perché:

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

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

- non è presente nell'Albo docenti personale dipendente iscritto nella area tematica/settore didattico di pertinenza per l'evento formativo richiesto
  - il personale dipendente eventualmente iscritto all'Albo docenti non è in possesso della specifica competenza richiesta per l'incarico
  - il personale dipendente iscritto nell'Albo docenti non è disponibile;
- che il docente/tutor di formazione esterno è stato individuato:
- a seguito di valutazione avvenuta tra gli iscritti all'Albo docenti/tutor di formazione per il settore didattico dell'area tematica di pertinenza per l'evento formativo in oggetto, ritenendolo il più idoneo a svolgere l'attività richiesta in considerazione delle competenze ed esperienza professionale acquisite, come si evince dal relativo curriculum vitae e da nota motivata allegata (MO 72);
  - in quanto unico in grado di fornire in modo appropriato i contenuti richiesti perché in possesso di specifiche competenze professionali nella materia oggetto del corso, come si evince dal relativo curriculum vitae e da nota motivata allegata.
- che è stata redatta la scheda dei requisiti individuali per ciascun docente allegata alla presente proposta (MO 72).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Il Responsabile Scientifico

Progettista \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Visto nel merito si esprime parere favorevole  
Il Responsabile S.O.S Formazione

Data \_\_\_\_\_