

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) - Italy  
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo5.protgen@certsanita.fvg.it**S.O.S. FORMAZIONE****DICHIARAZIONE DI AVVENUTO TRASFERIMENTO CONOSCENZE**

(allegato al modulo di aggiornamento obbligatorio individuale esterno)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

matr. n.° \_\_\_\_\_, qualifica \_\_\_\_\_

struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità, a completamento della partecipazione al corso/incontro/convegno/evento dal titolo:

\_\_\_\_\_

svoltosi in modalità:

 on line in data/e \_\_\_\_\_ residenziale a \_\_\_\_\_ in data/e \_\_\_\_\_ di aver provveduto a condividere con il restante personale della struttura le conoscenze acquisite attraverso la partecipazione alla suddetta attività formativa nella seguente modalità: relazione meeting diffusione di materiale didattico, cartaceo o elettronico altro da specificare \_\_\_\_\_ di non poter condividere con il restante personale della struttura le conoscenze acquisite attraverso la partecipazione alla suddetta attività formativa per il seguente motivo:\_\_\_\_\_  
(da utilizzare solo in casi riferiti all'esclusività del proprio profilo professionale)

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Data

\_\_\_\_\_

Per presa visione Il Responsabile Struttura/Piattaforma

\_\_\_\_\_