

Barletta, 05/05/2016

Prot. N. 27015

Oggetto: **Corso obbligatorio per Direttori e Dirigenti**

**A Direttori e Dirigenti
Loro Sedi**

Andria
Barletta
Bisceglie
Canosa di Puglia
Margherita di Savoia
Minervino Murge
S. Ferdinando di Puglia
Spinazzola
Trani
Trinitapoli

Con provvedimento n. 550 del 10/03/2016 è stata deliberata l'estensione del percorso formativo obbligatorio dal titolo "Lo status dirigenziale (il Dirigente - Datore di Lavoro) e il procedimento disciplinare nella sanità pubblica alla luce della Madia (attuazione di cui all'art. 11, CO1, lett. P) L. 124/2015 e modifiche all'art. 55 quater del dlgs 165/01 (art. 17 CO 1, lett. S) L. 124/2015

L'attività formativa è **obbligatoria** per tutti i dirigenti appartenenti a tutti i profili professionali. Per le professioni sanitarie ha ottenuto l'attribuzione di n. 14 crediti e.c.m.

Ciascuna edizione prevede la partecipazione di n. 70 unità di cui 50 aventi diritto ai crediti ecm.

Le iscrizioni devono pervenire su modulo (che si allega) firmato dal responsabile della struttura, per garantire le esigenze di servizio, entro 10 giorni dalle rispettive date di realizzazione.

Di seguito elenco delle edizioni disponibili:

- 16-17 giugno
- 30 giugno/1 luglio
- 8-9 settembre
- 22-23 settembre
- 6-7 ottobre
- 20-21 ottobre

Sede: Aula Didattica LUM S.P. TRANI-ANDRIA KM. 1.500

L'orario delle lezioni sarà dalle 8,30 alle 18,00 in prima giornata e dalle 8,30 alle 13,30 in seconda giornata.

Distinti saluti

**Il Dirigente Responsabile
Formazione**

Dott.ssa Mariëna Colucci

In allegato modulo per iscrizione

e- mail direzione.generale@auslbatuno.it - www.auslbatuno.it
Numero Verde prenotazioni 800.550.177

**Azienda
Sanitaria Locale BAT**

70031 Andria
Via Fornaci, 201
Tel. 0883.299.750
Fax 0883.299.461

P.IVA 06391740724
Cod.Fisc. 90062670725

**Direzione Generale
Ufficio Formazione
formazione@auslbatuno.it
viale Ippocrate, 15
Barletta
Tel. 0883-577623
577904
Fax 0883-577730**

**Modulo richiesta partecipazione ai Corsi di Formazione
organizzati dall' Azienda Sanitaria Locale BT**

Al Dirigente Responsabile
U.O. Formazione e Aggiornamento

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ in _____ n° _____

codice fiscale _____

indirizzo di posta elettronica _____

dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica

di _____ in servizio presso il _____

U.O. _____ tel. _____ cell. _____

Chiede

di partecipare alla iniziativa formativa proposta da questa Azienda

che si terrà a _____ presso _____

nel / nei giorno/i _____ edizione _____

dal titolo _____

data ____ / ____ / ____

Firma del dipendente _____

N. O. del Direttore di Macrostruttura _____

Le domande debitamente compilate devono essere inviate all'Ufficio Formazione (fax 0883-577730)
per l'acquisizione del protocollo in ingresso.

L'elenco degli ammessi ai corsi potrà essere consultato sul sito www.aslbat.it

N.B Le domande incomplete non saranno prese in considerazione