

SISTEMA SANITARIO REGIONALE DEL PIEMONTE
A.O.U. SAN LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO
S.C. ORGANIZZAZIONE SVILUPPO RISORSE UMANE
SETTORE CORSO DI STUDI MAGISTRALE
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

RICHIESTA COMPENSO DOCENZE
(DOCENTI INTERNI)

DI DIDATTICA FORMALE

DI ATTIVITA' DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA

Insegnamento: _____

ANNO DI CORSO _____ SEMESTRE _____ A. A. _____

Cognome _____ **Nome** _____

Luogo e Data di nascita (gg.mm.aa.) _____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dipendente dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera S. Luigi di Orbassano (TO):

Profilo: _____

S.C. _____ **Tel.** _____

N. _____ ore a € 5.16= (in orario di servizio) = € _____

N. _____ ore a € 25.82= (fuori orario di servizio) = € _____

TOTALE € _____

◆ **DA ACCREDITARE SULLO STIPENDIO**

Il/La sottoscritto/a dichiara, ai sensi del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, che quanto dichiarato è corrispondente a verità e che le ore per le quali si richiede il pagamento di euro 25.82 risultano effettivamente svolte fuori orario di servizio verificato dai relativi tabulati di presenza.

DATA _____

(firma del richiedente)

Preso visione che le suddette ore richieste in pagamento sono state effettivamente svolte, si autorizza.

Il Presidente
Prof. Luca OSTACOLI

Spazio riservato al Corso di Studi Magistrale Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie

