

AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA "SAN LUIGI GONZAGA"
 CORSO DI STUDIO IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA fcl-trp-to@unito.it
MODULO DI RICHIESTA COMPENSO PER DOCENTI INTERNI (Dipendenti AOU San Luigi Gonzaga)

- ATTIVITA' DIDATTICA FORMALE
 ATTIVITA' DI COMPLEMENTO ALLA DIDATTICA
 ATTIVITA' SEMINARIALE
 (barrare la voce di interesse)

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA |_|_|/|_|/|_|_|_|_| LUOGO DI NASCITA _____

CODICE FISCALE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Profilo: _____

S.C. _____

E-MAIL _____ CELL. _____

Insegnamento/ Seminario deliberazione n. _____ del _____

ANNO DI CORSO _____ SEMESTRE _____ A. A. _____

N. _____	ore a €. 5.16= (in orario di servizio Comparto)	=	€.	
N. _____	ore a €. 6.00= (in orario di servizio Dirigenza)	=	€.	
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)

Per presa visione, si autorizza

Il Coordinatore
Dott.ssa Adriana **COLOMBO**

Il Presidente
Prof. Luca **OSTACOLI**

Spazio riservato al Corso di Studio in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica
--

SISTEMA SANITARIO REGIONALE DEL PIEMONTE
A.O.U. S. LUIGI GONZAGA DI ORBASSANO

MODULO RIEPILOGATIVO DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA SVOLTA DAL PERSONALE
DIPENDENTE AL CORSO DI LAUREA IN TECNICA DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA

Nome e Cognome _____

Profilo _____ N. Badge _____

Mese/i di _____ Anno Accademico _____

DATA	ORARIO EFFETTUATO IN AULA		Indicare in orario o fuori orario di servizio		Descrivere: Docenza Formale o Attività di Complemento
	dalle ore	alle ore	IN ORARIO	FUORI ORARIO	

B) Totale ore da retribuire per la docenza formale (come sopra descritte)	ore:
C) Totale ore per l'attività di complemento alla didattica (come sopra descritte)	ore:
D) (Preparazione attività e materiale didattico etc.) per l'attività di complemento alla didattica (fuori orario di servizio svolta a casa)	ore:
E) Totale complessivo ore da retribuire (come da dichiarazione del docente titolare) per l'attività di complemento alla didattica	ore:

Firma del dipendente
