

DICHIARAZIONE D'IMPEGNO TRIENNALE

per richieste di comando d'aggiornamento tecnico scientifico o di aggiornamento obbligatorio che comportino una spesa superiore a 1.550,00 €

La / Il sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

profilo professionale _____, assunto con contratto a tempo **indeterminato**,

S.C. _____ Tel. _____

Dipartimento di _____

Barrare la casella Circolo Ponte Cittiglio Luino Cuasso Tratade Territorio specificare: _____

A seguito della richiesta di: invio comando per aggiornamento tecnico scientifico aggiornamento obbligatorio

dal _____ al _____ per la frequenza/partecipazione a _____

Dichiara

di accettare le condizioni previste dalla deliberazione n. 1209 del 24/140/1997, con l'impegno a rimanere alle dipendenze di questa Azienda Ospedaliera per **TRE ANNI**, dalla data di conclusione del periodo di comando o aggiornamento obbligatorio, consapevole che, in caso contrario, dovrà restituire la spesa sostenuta dall'Azienda in proporzione alla permanenza in servizio.

Firma del dichiarante

La presente dichiarazione viene inserita nel fascicolo personale