



Al Direttore Generale  
Azienda Ospedaliero- Universitaria Careggi  
Largo Brambilla, 3 – 50134 Firenze

**IL SOGGETTO RICHIEDENTE LA COLLABORAZIONE**

Soggetto giuridico:     pubblico     privato

Denominazione \_\_\_\_\_

P.IVA \_\_\_\_\_

Rappresentante legale \_\_\_\_\_

Con sede legale in via/piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ sito web \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Dando seguito a quanto pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria Careggi in merito agli accordi di collaborazione per attività in ambito formativo extracurricolare formalizza richiesta al Direttore Generale dell'Azienda per lo svolgimento dell'attività di sotto presentata.

**ATTIVITÀ PER CUI SI RICHIEDE LA COLLABORAZIONE**

Titolo dell'attività: \_\_\_\_\_

Ente organizzatore: \_\_\_\_\_

Ente finanziatore/ *Sponsor*: \_\_\_\_\_

Tipologia di attività:

- training*
- tutoring*
- proctoring*
- consulenza professionale formativa/tecnico scientifica
- organizzazione attività formative/divulgative
- altro \_\_\_\_\_

Specifica descrizione dell'attività:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Finalità/ obiettivi dell'attività: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**MODALITÀ DI ESECUZIONE DELL'ATTIVITÀ**

Date/periodo di svolgimento e durata: \_\_\_\_\_

Impegno orario previsto per i professionisti coinvolti: \_\_\_\_\_

Svolgimento dell'attività presso l'Azienda:  Sì  No

(se no, specificare la diversa sede): \_\_\_\_\_

Numero di accessi previsti (settimanali/ mensili/..): \_\_\_\_\_

Contributo proposto per l'effettuazione dell'attività: € \_\_\_\_\_ oltre IVA

Previsione rimborso spese:  Sì  No

(se sì, specificare l'importo di quanto ricompreso nel rimborso): \_\_\_\_\_

**Il soggetto esterno rappresenta che il collaboratore/consulente di cui vorrebbe avvalersi è individuato in:**

(indicare nome e cognome del professionista prescelto) \_\_\_\_\_

**per le seguenti motivazioni:** \_\_\_\_\_

**Oppure**

**l'individuazione del consulente di cui avvalersi avviene da parte della stessa AOUC.**

Il sottoscritto rappresentante legale del soggetto esterno richiedente dichiara di avere preso visione del *Piano triennale per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità* dell'AOUC e del *Codice etico e di comportamento aziendale*, applicabile al soggetto esterno per la parte di competenza, e di essere stato informato, relativamente agli obblighi di pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs n. 33/2013, sempre nel rispetto dei dati personali raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per le quali la presente dichiarazione viene resa (ex D.Lgs n. 196/2003).

Firenze, li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

**(Il Rappresentante legale)**

La presente richiesta dovrà essere presentata dal soggetto richiedente integrata della seguente documentazione:

- programma dettagliato dell'attività formativa proposta
- protocollo di legalità/patto di integrità tra l'Azienda e il soggetto privato (debitamente firmato da legale rappresentante).

Si ricorda inoltre al soggetto richiedente che al termine dell'attività dovrà essere prodotta all'Azienda idonea documentazione reportistica comprovante l'effettivo svolgimento dell'attività.

**In riferimento alla presente richiesta si prega di contattare:**

**Referente del Soggetto richiedente - (Nome e Cognome)** \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_