



NORME COMPORTAMENTALI PER I DOCENTI DEL

CORSO DI FORMAZIONE

U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta - Via Palasciano 81100 - Caserta
Settore **FORMAZIONE**: 0823.232075 - 0823.232902 – **0823.232612**
e-mail: formazione@ospedale.caserta.it - Pec: organizzazione.e.sviluppo@ospedalecasertapec.it



I Docenti all'inizio ed al termine della lezione, sono tenuti ad apporre la firma di presenza ed il relativo orario sull'apposito "foglio presenze"; oltre a compilare la "dichiarazione", se dipendente o "modello di trasmissione estremi bancari" se esterno all'Azienda Ospedaliera. I modelli saranno forniti dalla segreteria del corso all'inizio delle lezioni.

Qualora si ravvisasse la mancanza anche di uno dei modelli predetti, il Docente è tenuto a richiederlo alla segreteria.

Si rammenta che la mancata osservanza di quanto richiesto, comporta:

- Azzeramento delle spettanze per omissione firma sul "foglio presenze" (si ritiene che la lezione non sia stata effettuata);
- Riduzione dell'80 % delle spettanze per mancata "dichiarazione" (si ritiene che l'insegnamento sia stato svolto durante l'orario di servizio);
- Per i docenti esterni la mancata compilazione del "modello di trasmissione estremi bancari" comporta il non pagamento delle spettanze;

Si raccomanda la puntualità, precisando che l'accettazione della docenza è irrevocabile e non fungibile da altri se non per "eccezionali motivi".

Eventuali assenze dovranno essere comunicate tempestivamente al Direttore del Corso.

Assenze immotivate comporteranno la cancellazione da altri corsi per un anno e la richiesta di avvio di procedimento disciplinare.

Il Docente è tenuto, altresì, alla compilazione della "Autocertificazione assenza di conflitto di interessi".

E' fatto assoluto divieto, nella preparazione del corso e/o durante la relazione, far menzione o presentare slides con riferimenti, anche occulti, a Ditte produttrici di farmaci o dispositivi medici o ai medesimi prodotti individuati con le relative denominazioni commerciali. commerciali

Data ____/____/____

Firma per accettazione
