

Unità Organizzativa Formazione Continua

Allegato n. 1 alla Determinazione
n. _____ del _____
composto di n. 4 fogli.**ALLEGATO 1****PAF. 2017- RICHIESTA ATTIVAZIONE ATTIVITA' FORMATIVA COLLETTIVA**Al Responsabile dell'U.O. Formazione Continua
Oristano – Sede**Parte prima** (da compilare a cura del Direttore/Responsabile macrostruttura/servizio)

Il sottoscritto **Dr. Roberto Puggioni**, in qualità di referente ASSL del programma “Scuola in salute”, d'intesa con la referente ASSL del progetto “Scuola diabete”, richiedo l'attivazione del seguente evento formativo:

TITOLO EVENTO: L'INSERIMENTO E/O REINSERIMENTO DEL BAMBINO E DELL'ADOLESCENTE CON DIABETE IN AMBITO SCOLASTICO: DALLA TEORIA ALLA PRATICA**RESPONSABILE SCIENTIFICO : Dr.ssa Luisa Mereu** (referente ASSL progetto “Scuola -Diabete)Data realizzazione: **16 maggio 2017**altre edizioni: **eventuali, in relazione a future adesioni****DOCENTE/I:** VEDI ALLEGATO PROGRAMMA**MOTIVAZIONE DELLA SCELTA DEL DOCENTE/I:**

DOCENTI INTERNI CON SPECIFICHE COMPETENZE NELLE MATERIE DEL CORSO

Costi previsti (per l'attività di docenza motivare i costi se superiori a € 100,00 per singola ora)

Indicare finanziamenti sui quali andranno a gravare le spese:

FONDI PRP DEDICATI: 6.186 EURO DETERMINA ARIS 1421 DEL 23/11/2016; 5.429 EURO DETERMINA ARIS 1590 DEL 30/12/2015)

IL REFERENTE ASSL PROGRAMMA P.1.1
“SCUOLA E SALUTE”
Dr. Roberto Puggioni**Dr.ssa Luisa Mereu** (referente ASSL progetto “Scuola -Diabete)**Oristano 18 APRILE 2017**