

**RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO
FUORI SEDE**

(da trasmettere a cura del dipendente almeno 20 giorni prima dell'iniziativa all'indirizzo: formazionefuorisede@atssardegna.it)

**Al Direttore SC Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo
Dott. Giovanni Salis**

Il/La sottoscritto/a _____

C.F.: _____

Dipendente a tempo **indeterminato** c/o l'U.O. _____ ASSL _____

con la qualifica di: _____ Matricola n° _____

specializzazione/disciplina _____ (per Dirigenti)

Recapito telefonico _____ email _____

CHIEDE: di essere autorizzato/a a partecipare all'evento formativo, **di cui si allega il programma**, dal titolo: _____

che si terrà a: _____ in data _____

per i seguenti motivi: _____

CHIEDE: il riconoscimento dei seguenti trattamenti (**indicare sempre l'importo previsto**):

Spese viaggio con mezzo pubblico	€
Spese viaggio con mezzo proprio	€
Spese vitto	€
Spese alloggio	€
Spese iscrizione (quota esente IVA)	€
TOTALE PREVENTIVO DI SPESA	€

Si autorizza l'uso dei propri dati personali ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. esclusivamente per le finalità istituzionali dell'ATS Sardegna relative alla presente richiesta

Data _____ Firma del Dipendente _____

APPROVAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA:

per l'intera spesa – solo per parte della spesa pari a € _____ e il residuo a carico del dipendente

Motivazioni dell'approvazione: _____

Budget dell'Azienda – Fondi Vincolati (specificare) _____

Firma del Coordinatore del Reparto /Servizio
(Solo per il ruolo sanitario del Comparto)

Timbro e Firma
del Dirigente Responsabile della Struttura

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE DELLA
S.C. Formazione, Ricerca e Cambiamento Organizzativo – Dott. Giovanni Salis**

Autorizzazione n. _____/2018 del ____/____/2018 Si autorizza per Euro _____

Firma Dott. Giovanni Salis

N.B.: la presente richiesta è finalizzata all'autorizzazione al pagamento DIRETTO DELLE SPESE DEL CORSO DA PARTE DEL DIPENDENTE con successivo rimborso in busta paga.