



**RICHIESTA AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO**

**Al Direttore Sanitario**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, Direttore della U.O. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di autorizzare il/la dipendente \_\_\_\_\_, matricola n° \_\_\_\_\_ dipendente a tempo  
indeterminato dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari, assegnato/a alla  
U.O. \_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**ALLA SEGUENTE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO**

Titolo attività: \_\_\_\_\_

Sede di svolgimento \_\_\_\_\_ Data inizio \_\_\_\_\_ Data fine \_\_\_\_\_

N totale ore di formazione \_\_\_\_\_

*Motivazione:*


**La spesa complessiva per l'attività di formazione ammonta a: €.** \_\_\_\_\_

si richiede l'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio\*

**Allega, a pena di nullità, il programma dettagliato del corso.**

**Luogo e data**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* L'uso del mezzo proprio è consentito esclusivamente in ambito regionale

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

**Il Direttore Sanitario**

\_\_\_\_\_