



RICHIESTA AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

Al Responsabile Ufficio Formazione

Organismo di riferimento (barrare la casella, a cura del richiedente):

- Commissione Area Dirigenza Medica
 Commissione Area Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Professionale e Amministrativa
 Commissione Area Comparto Servizio Sanitario Nazionale

Il/La sottoscritto/a **nome:** _____ **cognome:** _____,
 matricola n° _____ dipendente dell' A.O.U. di Cagliari, assegnato all'U.O.
 _____ nella posizione funzionale di
 _____ qualifica _____
 Telefono _____ e-mail _____

CHIEDE DI ESSERE AUTORIZZATO/A ALLA SEGUENTE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

Titolo attività: _____

Sede di svolgimento _____ Data inizio _____ Data fine _____

N totale ore di formazione _____ Eventuali crediti E.C.M. assegnati _____ Cat. Prof.le E.C.M. _____,

Prende parte all'attività in qualità di: Partecipante Relatore

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

La spesa complessiva è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione	€ _____
• Viaggio	€ _____
• Rimborso Km. _____ uso auto*	€ _____
• Albergo	€ _____
• Pasti	€ _____
• Altre spese	€ _____
Totale spesa presunta	€ _____

si richiede l'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio

* L'uso dell'auto propria è consentito esclusivamente in ambito regionale

SI AUTORIZZA **NON SI AUTORIZZA** ad inviare tutte le comunicazioni esclusivamente via email.

Luogo e data

Firma leggibile



PARERE DEL RESPONSABILE DELL'UNITA' ORGANIZZATIVA

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole**
- Non favorevole**

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

Luogo e data

Timbro e firma

VISTO DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Eventuali osservazioni

Luogo e data

Timbro e firma

Riservato all' Ufficio Formazione

Proposta esaminata nella seduta n. _____ del _____
La domanda risulta prodotta in modo conforme al regolamento:

- Si
-No

Note _____

Il Responsabile dell'Ufficio Formazione