



RICHIESTA AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

Al Responsabile Area 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 _____, nato/a il _____ a _____

matricola n° _____ dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, assegnato all'U.O.

_____ della Macrostruttura P.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 € _____

Percentuale rimborso richiesta sul totale delle spese previste: _____%

* 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

Sede Legale:

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925

Contatti:

Tel. 070.6092343/2599 – Fax: 070.6092344
email: dir.generale@aoucagliari.it
email pec: dir.generale@pec.aoucagliari.it

Web: www.aouca.it – www.aoucagliari.it

facebook.com/Aoucagliari
 twitter.com/AOUCagliari
 Youtube: Aou Cagliari Tv



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'Area Formazione

Proposta esaminata nella seduta n. _____ del _____

La domanda risulta prodotta in modo conforme al regolamento:

- Si**
-No

Note _____

Il Responsabile del Servizio Formazione
