



**RICHIESTA AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO**  
**PERSONALE AMMINISTRATIVO**

**Al Responsabile Ufficio Formazione**

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

- Commissione Area Dirigenza Amministrativa
- Commissione Area Comparto

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

matricola n° \_\_\_\_\_ dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, assegnato al Servizio \_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_, Prende parte all'attività in qualità di  Partecipante  Relatore

Allega, a pena di nullità, il programma e/o notizie sui contenuti e sugli scopi.

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](mailto:dir.generale@aoucagliari.it)  
email pec: [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it)

**Web:** [www.aouca.it](http://www.aouca.it) – [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)

[facebook.com/Aoucagliari](https://facebook.com/Aoucagliari)  
 [twitter.com/AOUCagliari](https://twitter.com/AOUCagliari)  
 Youtube: Aou Cagliari Tv



**PARERE DEL DIRETTORE DEL SERVIZIO**

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole**
- Non favorevole**

Motivazione del parere del Direttore del Servizio:

---

---

---

---

---

---

**Luogo e data**

**Timbro e firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Riservato all'Area Formazione**

Proposta pervenuta il \_\_\_\_\_ esaminata nella seduta n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

La domanda risulta prodotta in modo conforme al regolamento:

-Si

-No

Note \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell' Ufficio Formazione

\_\_\_\_\_

**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](mailto:dir.generale@aoucagliari.it)  
email pec: [dir.generale@pec.aoucagliari.it](mailto:dir.generale@pec.aoucagliari.it)

**Web:** [www.aouca.it](http://www.aouca.it) – [www.aoucagliari.it](http://www.aoucagliari.it)

[facebook.com/Aoucagliari](https://www.facebook.com/Aoucagliari)

[twitter.com/AOUCagliari](https://twitter.com/AOUCagliari)

Youtube: Aou Cagliari Tv