

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari
Ufficio Formazione
P.O. San Giovanni di Dio
tel./fax 0706092155

**RICHIESTA PAGAMENTO ATTIVITÀ DI DOCENZA
PERSONALE INTERNO**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ residente in _____

CAP _____ via _____ n. _____ tel. _____,

email _____;

attualmente in servizio presso (indicare il Reparto e la Struttura) _____

N. di matricola, qualifica e categoria _____

CHIEDE

che gli/le venga corrisposto l'importo onnicomprensivo di € _____ per

n. ore _____ di docenza svolta (barrare la casella di interesse):

- durante l'orario di servizio
- al di fuori dell'orario di servizio

dal _____ al _____ nel corso _____

in forma di (specificare la tipologia: collaborazione assimilata, occasionale, ecc.): _____

Infine,

CHIEDE

che tale importo onnicomprensivo di € _____ venga accreditato mediante accredito

- BUSTA PAGA
- Altro mezzo (indicare)

Luogo e data _____

Firma leggibile