



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 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 del mezzo proprio 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 DEL SERVIZIO

Parere di compatibilità alle esigenze di servizio:

- Favorevole**
- Non favorevole**

Motivazione del parere del Responsabile del Servizio:

Luogo e data

Timbro e firma



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**