



RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

Al Responsabile del Servizio 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-Comparto Personale Universitario

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
a _____ il _____ matricola n° _____ assegnato/a
all'U.O. _____ della Macrostruttura P.O. _____
autorizzato dalla Commissione competente in data _____ a partecipare all'attività
formativa dal titolo _____, dal _____
al _____ con copertura dei fondi aziendali per una percentuale pari al _____%

DICHIARA

di aver sostenuto le seguenti spese:

Voce di costo	A cura del richiedente	Riservato all'Area Formazione
Iscrizione	€.	€.
Viaggio (aereo,nave,treno,bus)	€.	€.
Rimborso Km. _____ uso_ auto*	€.	€.
Albergo	€.	€.
Pasti	€.	€.
Altre spese	€.	€.
TOTALE	€.	€.

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver percepito un anticipo delle spese SI NO (per un importo pari a
€ _____)

**Si allega, in originale, la documentazione attestante le spese e copia dell'attestato di partecipazione al corso di
formazione.**

Luogo e data

Firma (leggibile)

Si autorizza la liquidazione di € _____ a favore del richiedente.

Il Responsabile Area 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
email pec: dir.generale@pec.aoucagliari.it

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

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

twitter.com/AOUCagliari

Youtube: Aou Cagliari Tv