



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

Ufficio Formazione
via Ospedale, 54
09124 Cagliari
tel. 070.6092155
email: serv.formazione@aoucagliari.it

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

Al Responsabile Area Formazione

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 _____
autorizzato a partecipare all'attività formativa dal titolo _____,
dal _____ al _____, approvato da _____, prot.: _____.

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		

Si allega, in originale, la documentazione attestante le spese.

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

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