



Prot. n°.

Allegati n°.

Al Responsabile UOC Formazione, Qualità e Comunicazione Strategica

I sottoscritt _____ matr. _____
qualifica _____, in attività presso _____
del Presidio Ospedaliero/Distretto/Dipartimento di _____
e-mail _____

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE ALL'EVENTO FORMATIVO SUL TEMA:

che si terrà a _____ dal _____ al _____

al fine di (*dettagliare le motivazioni della richiesta*) _____

L'evento ha un n. di _____ di crediti formativi.

a) Le spese saranno a totale carico della Ditta Sponsorizzatrice _____
ed ammontano a presumibili € _____.

b) La quota d'iscrizione al predetto evento ammonta a € _____, oltre alle spese di viaggio, vitto
ed alloggio che saranno opportunamente documentate e che ammontano a presumibili € _____.

Si allega il programma dell'evento formativo ed in caso di evento sponsorizzato anche la proposta della Ditta.

Il Richiedente

(firma)

Data _____

Spazio riservato al Responsabile dell'Unità Operativa e al Direttore del Dipartimento

Attinenza dell'iniziativa formativa con obiettivi aziendali e funzioni svolte dal lavoratore

Nessuna | **Parziale** (50% delle spese sostenute fino a max. € 1.000,00) | **Totale** (100% delle spese sostenute)

Il Responsabile dell'Unità Operativa

(timbro e firma)

Si esprime parere:

Favorevole **Contrario** per la seguente motivazione: _____

Il Direttore del Dipartimento

(timbro e firma)

Data _____