

**Richiesta partecipazione evento formativo**

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.

Data \_\_\_\_\_

**Il Richiedente**  
*(firma)*

*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: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Il Direttore del Dipartimento**  
*(timbro e firma)*