

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE EXTRA AZIENDALE(da trasmettere a cura del Dipendente almeno 20 giorni prima dell'iniziativa all'indirizzo: formazione@aslnuoro.it)**Servizio Formazione**Il/La sottoscritto/a C.F.: Matricola: ASL: Dipendente a tempo: Qualifica: U.O. / Servizio: Sede: Telefono: e-mail Aziendale: **CHIEDE:** di essere autorizzato/a a partecipare all'evento formativo, **di cui si allega il programma**, dalTitolo: Ore Corso: che si terrà a: dal al per i seguenti motivi: **CHIEDE inoltre**, il rimborso in busta paga delle seguenti spese:

Spese viaggio con mezzo pubblico	€	<input type="text"/>
Spese pasti	€	<input type="text"/>
Spese pernottamento	€	<input type="text"/>
Spese iscrizione	€	<input type="text"/>
TOTALE PREVENTIVO DI SPESA	€	<input type="text"/>

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo, le persone preposte al procedimento, al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data

Firma del Dipendente _____

Parere favorevole del Direttore/Responsabile della Struttura/Dipartimento☐ - per l'intera spesa☐ - solo per parte della spesa pari a € e il residuo a carico del dipendente

da imputare la somma:

☐ Budget Aziendale ☐ Fondi Vincolati (specificare)

Cognome e Nome del Dirigente

Firma del Dirigente _____

Parere favorevole S.C. Qualità, governo clinico e gestione dei processi clinici e logistici -Servizio FormazioneSi autorizza per euro

Firma del Responsabile _____

Data _____

Autorizzazione a cura della Direzione Generale

Autorizzazione n. _____ del _____

N.B.: Le richieste di rimborso corredate dai documenti di spesa dovranno essere trasmesse dal dipendente al Servizio Risorse Umane