ARES Sardegna

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE EXTRA AZIENDALE

(da trasmettere a cura del Dipendente almeno 20 giorni prima dell'iniziativa all'indirizzo: **formazionefuorisede@aressardegna.it**)

Al Direttore SC Formazione, Accreditamento ECM

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,** dal

Titolo: _____ 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	€	
Spese pasti	€	
Spese pernottamento	€	
Spese iscrizione (quota esente IVA)	€	
TOTALE PREVENTIVO DI SPESA	€	0,00

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

☐ - 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

_____

Autorizzazione a cura del direttore della SC Formazione, Accreditamento ECM

Autorizzazione n. _____ / _____ del _____ Si autorizza per Euro _____

_____

N.B.: Le richieste di rimborso corredate dai documenti di spesa dovranno essere trasmesse dal dipendente alla S.C. Personale - Trattamento Giuridico ed Economico, sede territoriale di competenza.