



Allegato 1 - Autorizzazione formazione fuori sede senza oneri

Al Responsabile del SSD Formazione, Ricerca e
Sperimentazione Clinica
Via Padre Manzella, 4
07100 Sassari

Il/La sottoscritt _____ matricola _____
dipendente a tempo indeterminato determinato presso la SC/SSD _____
tel. _____ email _____
con la qualifica di _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a partecipare all'evento formativo, di cui si allega il programma, dal titolo:

_____ che si terrà a _____ nel/nei giorno/i _____
con il rilascio di crediti ECM (SI/NO) _____, n. crediti ECM _____

L'evento è sponsorizzato dall'Azienda: _____

L'evento non è sponsorizzato ed è senza oneri a carico di questa Azienda.

Sassari _____

(firma) _____

Autorizzo al trattamento dei dati personali

(firma) _____

Il sottoscritto Responsabile _____
(cognome) (nome)

AUTORIZZA

la partecipazione del dipendente all'evento suindicato senza oneri a carico di questa Azienda.

Timbro e Firma _____