

**Autorizzazione formazione con oneri****MODULO 1****2024**Alla c/a del Direttore
Prof. Giovanni Sotgiu

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
 con la qualifica di _____ dipendente **a tempo indeterminato** presso la Struttura
 _____ Direttore: _____
 tel. _____ email _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a al rimborso per la partecipazione ad un evento formativo, di cui si allega il programma,
 dal titolo: _____

che si terrà a _____ in data _____

la richiesta di rimborso si riferisce alle spese così preventivate:

- Spese viaggio € _____
 - Spese vitto € _____
 - Spese di alloggio € _____
 - Spese iscrizione (esenti IVA) € _____

Totale preventivo di spesa € _____

Richiesto anticipo del 75% del totale: SI NO

Data pagamento iscrizione ai fini del rilascio dell'anticipo: _____

Firma _____

Approvazione del Direttore della Struttura di appartenenza

(Timbro e Firma)

Il Direttore della SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica

AUTORIZZA

Il Direttore

Prof. Giovanni Sotgiu