

**Autorizzazione formazione con oneri****MODULO 1**

Alla c/a
Direttore
SSD Formazione, ricerca,
programmi assistenziali e sperimentazioni cliniche

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____
dipendente **a tempo indeterminato** presso la SC/SSD/SS _____
tel. _____ email _____
con la qualifica di _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a al rimborso per la partecipazione ad un evento formativo, dal titolo:

_____ che si terrà a _____ in data _____

la richiesta di rimborso si riferisce alle spese così suddivise:

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

Totale preventivo di spesa € _____

Richiesto anticipo del 75% del totale: SI NO € _____

Firma del richiedente _____

Approvazione del Direttore della Struttura di appartenenza _____

Approvazione del Direttore/Direttrice del Dipartimento di appartenenza _____

Il Direttore della SSD Formazione, ricerca, programmi assistenziali e sperimentazioni cliniche

AUTORIZZA

Il **rimborso per la formazione** con imputazione dei costi al Fondo della Formazione.

Il Direttore
Prof. Giovanni Sotgiu