

**Allegato 1 –****Autorizzazione formazione fuori sede senza oneri**

Alla c/a del Responsabile
della SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica

Il/La sottoscritt _____ matricola _____

dipendente a tempo **indeterminato** **determinato** presso la SC/SSD/SS _____

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) _____ .

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) _____

Firma del Direttore della Struttura _____
(cognome) (nome)

AUTORIZZA

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

Firma del Refente della Formazione _____

Timbro e Firma

Responsabile della SSD Formazione Ricerca
e Sperimentazione Clinica