

**Autorizzazione formazione con oneri****MODULO 1****2023**

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_  
dipendente **a tempo indeterminato** presso l'U.O./Servizio di \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_  
con la qualifica di \_\_\_\_\_

**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 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 \_\_\_\_\_

Approvazione del Direttore della Struttura di appartenenza \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma)

**Il Direttore della SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica**

**AUTORIZZA**

Il **rimborso per la formazione** con imputazione dei costi al Fondo della Formazione 2023.

Il Direttore

**Prof. Giovanni Sotgiu**