

**MODULO 1****2020****Autorizzazione formazione fuori sede con oneri**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

Consapevole di quanto riportato in procedura, di essere autorizzato/a partecipare all'evento formativo, di cui si allega il frontespizio del programma, dal titolo: _____

che si terrà a _____ nel/nei giorno/i _____

con il rilascio di crediti ECM (SI/NO) _____ N° crediti (presunti) _____ .

Si chiede inoltre l'autorizzazione al rimborso delle spese così suddivise:

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

Totale preventivo di spesa € _____



Si chiede che l'iscrizione venga pagata con fattura elettronica direttamente dall'Azienda.

Sassari _____

Il Partecipante _____

Firma del Refente della Formazione _____

Firma del Direttore della Struttura _____
(nome e cognome) (Timbro e Firma)**Il Direttore della SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica****AUTORIZZA**Il **rimborso per la partecipazione** con imputazione dei costi al Fondo della Formazione

Timbro e Firma

 Responsabile della SSD Formazione Ricerca
 e Sperimentazione Clinica
Prof. Paolo G. Castiglia

**MODULO 2****2020****Richiesta rimborso spese per attività formativa**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. _____, autorizzato alla partecipazione ad attività formativa fuori sede

DICHIARA

- Di essere partito per la partecipazione all'attività formativa il giorno ____/____/2019, alle ore ____:____;
- Di essere rientrato dalla partecipazione all'attività formativa il giorno ____/____/2019, alle ore ____:____;
- Di non aver usufruito di anticipazione
- Di aver usufruito di un anticipo per euro
- che tutte le spese qui descritte sono esclusivamente riferite alla formazione effettuata;
- Di essere stato autorizzato all'uso del proprio mezzo (si allega autorizzazione);

-Itinerario percorso:

-per totale km

Si allega la documentazione necessaria per il rimborso:

1-Autorizzazione firmata dal Responsabile della Formazione;

2-Ricevuta/fattura iscrizione senza iva per euro:

2-Biglietti viaggio in originale N.

per totale euro

3-Fattura o ricevuta fiscale dei pasti in originale N.

per totale euro

4-Fattura o ricevuta fiscale d'albergo in originale N.

per totale euro

5-Certificato/Attestato di presenza;

Sassari, li

(data di presentazione all'Ufficio che procederà alla liquidazione delle spese)

Importo totale richiesto euro:

Firma del richiedente: _____

La SSD Formazione Ricerca e Sperimentazione Clinica

Si convalida la spesa e si approva il rimborso



MODULO 3

2020

Autorizzazione all'anticipazione e/o all'uso dell'auto

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

Il/La sottoscritto/a.....matricola,

autorizzato al rimborso per alla partecipazione ad un evento formativo fuori sede, con oneri a carico dell'Azienda, per la formazione/aggiornamento professionale, che si terra a _____ in data ___/___/_2019, con la presente

CHIEDE

Di poter avere l'anticipazione del 75% delle spese autorizzate corrispondente ad euro _____;

Di poter utilizzare la propria auto per uno dei seguenti motivi:

a)-Il luogo dell'evento non è servito dagli ordinari mezzi di linea;

b)-Per particolari esigenze di servizio e/o per raggiungere in tempo utile il luogo (produrre autocertificazione specificando i motivi);

c)-Per motivi di salute (allegare il Certificato Medico);

TIPO AUTO _____

TARGA _____

Al fine di ottenere lo sconto sull'iscrizione si chiede il rilascio dell'anticipo entro _____ giorni dalla data di presentazione,

Sassari _____

Il Partecipante _____

Il Direttore della SSD Formazione, Ricerca e Sperimentazione Clinica

AUTORIZZA

la **richiesta di anticipazione** con imputazione dei costi al Fondo della Formazione

Timbro e Firma

Responsabile della SSD Formazione Ricerca
e Sperimentazione Clinica
Prof. Paolo G. Castiglia

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

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

Il/La sottoscritt _____ matricola _____

dependente 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
Prof. Paolo G. Castiglia

**Allegato 2 –****Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà'**

(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445)

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____ provincia

_____ via _____ CAP _____

e-mail/tel. _____ Codice Fiscale _____

Struttura di appartenenza _____

professione _____

disciplina _____ in qualità di:

 Partecipante Relatore Moderatore

Dell'evento formativo dal titolo:

che si terrà a _____ nei giorni _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia:

DICHIARA

 assenza conflitto di interessi in quanto non sussistono con lo sponsor rapporti finanziari, personali o familiari, attività pagate o impegni recanti reciproco vantaggio

Data _____

Firma _____

In base alla normativa vigente sul trattamento dei dati personali, autorizzo l'Azienda Ospedaliero-Universitaria all'utilizzo dei miei dati (D. Lgs. 101/2018) *Si* *No*

Firma: _____