

**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**