LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo_____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

Nome e Cognome _____

Struttura di appartenenza _____

Dipartimento _____

Telefono /cellulare _____ **e-mail** _____

Qualifica _____

Area contrattuale:

□Comparto

□Dirigenza non Medica

□Dirigenza Medica

Contratto □ a tempo determinato □ a tempo indeterminato **Data** (gg/mm/aaaa) _____

Nome e cognome del partecipante per assenso **Firma** (leggibile) _____

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

Fondo:

□ fondo di struttura

□ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)

□ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

_____

Data (gg/mm/aaaa):_____ **Firma e Timbro** (leggibile)

Il Responsabile della struttura organizzativa _____

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: _____

Sede: _____

Data:	da (gg/mm/aaaa) _____	a (gg/mm/aaaa) _____	**Durata dell'attività formativa in ore: N. _____**
Tipologia evento Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura			
Organizzatore:			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____

Attività ECM? □ Si | □ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** _____

Allega* il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: □ Si | □ No

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

4. Preventivo di spesa

Ipotesi di spesa totale:

• ***Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:*** □ ***Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)*** □ ***A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA*** □ ***Non prevista***		€
• ***Vitto:***		€
• ***Pernottamento:***		€
• ***Viaggio:***	• ****Partenza giorno prima*** □ • ****Rientro giorno dopo*** □	€
• ***Altre spese:***		€
Totale spesa presunta		€

* ***il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.***

ATTENZIONE: *non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale*

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

_____

_____

_____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____ **Data** (gg/mm/aaaa)**:** _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

□ *Favorevole* □ *Non favorevole*

Motivazione del parere:

_____

_____

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Responsabile Formazione _____

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente _____

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu _____,

è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

Corso corso teorico/pratico Congresso Convegno Seminario frequenza in altra struttura

Titolo: _____

Sede: _____

Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)
Il Responsabile Formazione _____