

Emissione 28/01/2018  
Revisione 02/05/2018**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio  
Fuori sede**MO-DG-FOR-017.2  
Pagina 1 di 4

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 Sanitaria  
 Dirigenza Medica  
 Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

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 Direttore di Struttura \_\_\_\_\_

**Firma e Timbro** (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento \_\_\_\_\_

**3. Dati dell'attività formativa**

Titolo: \_\_\_\_\_

Sede: \_\_\_\_\_

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

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

 Attività ECM?  Si |  No      Se sì, 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:

<ul style="list-style-type: none"> <li>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</li> <li><input type="checkbox"/> A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA</li> <li><input type="checkbox"/> Non prevista</li> </ul> </li> </ul>	€
• <b>Vitto:</b>	€
• <b>Pernottamento:</b>	€
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Viaggio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• *Partenza giorno prima <input type="checkbox"/></li> <li>• *Rientro giorno dopo <input type="checkbox"/></li> </ul> </li> </ul>	€
• <b>Altre spese:</b>	€
<b>Totale spesa presunta</b>	€

\*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 Direttore SSD 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 Direttore SSD Formazione \_\_\_\_\_