

Emissione 28/01/2018
Revisione 11/11/2019**Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede**MO-DG-FOR-017.3
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 Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

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: _____

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