

RICHIESTA PARTECIPAZIONE CORSO DI FORMAZIONE EXTRA AZIENDALE

(da trasmettere a cura del Dipendente almeno 20 giorni prima dell'iniziativa all'indirizzo: formazione@aslnuoro.it)

Servizio Formazione

Il/La sottoscritto/a

C.F.: _____ Matricola: _____ ASL: _____

Dipendente a tempo: _____ Qualifica: _____

U.O. / Servizio: _____ Sede: _____

Telefono: _____ e-mail Aziendale: _____

CHIEDE: di essere autorizzato/a a partecipare all'evento formativo, **di cui si allega il programma**, dal

Titolo: _____ Ore Corso: _____

che si terrà a: _____ dal _____ al _____

per i seguenti motivi:

CHIEDE inoltre, il rimborso in busta paga delle seguenti spese:

Spese viaggio con mezzo pubblico	€
Spese pasti	€
Spese pernottamento	€
Spese iscrizione	€
TOTALE PREVENTIVO DI SPESA	€

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo, le persone preposte al procedimento, al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

Firma del Dipendente _____

Parere favorevole del Direttore/Responsabile della Struttura

- per l'intera spesa

- solo per parte della spesa pari a € _____ e il residuo a carico del dipendente

da imputare la somma:

Budget Aziendale _____ Fondi Vincolati (specificare)

Cognome e Nome del Dirigente _____

Firma del Dirigente _____

Autorizzazione a cura del direttore della Direzione Generale

Autorizzazione n. _____ / _____ del _____ Si autorizza per Euro _____