



Sezione A

Al Direttore
UOC Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione
c/o Ambito territoriale di:
 Cesena Forlì Ravenna Rimini

Il/La sottoscritto/a _____ Matricola _____

Tel. _____ e.mail _____ Qualifica _____

in servizio presso UO /Servizio _____ Sede _____

chiede

di partecipare all'iniziativa formativa dal titolo _____

prevista nel Piano annuale della formazione (Codice WHR _____) non prevista nel Piano annuale della formazione
organizzata da _____

sede _____ dal _____ al _____

Si chiede l'utilizzo del seguente mezzo di trasporto:

- treno bus taxi aereo (solo nei casi previsti nella Procedura) altro (specificare) _____
 auto aziendale, secondo la regolamentazione vigente in materia
 mezzo privato, per le seguenti motivazioni:
 indisponibilità mezzo aziendale
 località non facilmente raggiungibile con mezzi di trasporto pubblici
 più dipendenti utilizzano lo stesso mezzo _____
(indicare i nominativi)

Preventivo spese		Finanziamento	
<input type="checkbox"/> Quota iscrizione	€ _____	<input type="checkbox"/> Budget aziendale formazione	
<input type="checkbox"/> Viaggio	€ _____	<input type="checkbox"/> Fondi Vincolati / Fondi Regionali (indicare atto di assegnazione, es. DGR, Delibera) _____	
<input type="checkbox"/> Vitto (1 pasto max € 22,26, 2 pasti max € 44,26)	€ _____	<input type="checkbox"/> Sponsor (allegare autorizzazione del Responsabile di riferimento)	
<input type="checkbox"/> Pernottamento (max € 130,00 a notte)	€ _____	<input type="checkbox"/> Senza spese	
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	€ _____		
Totale	€ _____		

Si chiede il versamento della quota di iscrizione da parte dell'Azienda: SI NO

Si allega il programma completo dell'iniziativa (obbligatorio).

Data _____

Firma del Dipendente _____

Si autorizza

Il Responsabile UO/Servizio
(timbro e firma)

Il Direttore di Dipartimento/Il Responsabile per le professioni Sanitarie
(timbro e firma)

Spazio riservato a UOC Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione

Responsabile del Procedimento _____ N° registrazione _____

Iniziativa validata Iniziativa non validata, per i seguenti motivi _____

Data _____

Il Direttore UOC Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione



Sezione B

A cura del dipendente

Il/la Sottoscritto/a _____ dichiara sotto la propria responsabilità che:

la sede abituale di lavoro è _____

la Residenza (Comune e Frazione) è _____

il Domicilio (se diverso da residenza) è _____

l'orario di lavoro presso il servizio di appartenenza è articolato su 5 giorni 6 giorni

di essere in Part-time a n° ore _____ nei seguenti giorni della settimana _____

di avere partecipato all'iniziativa formativa di cui alla presente autorizzazione e all'allegata copia dell'attestato nei seguenti giorni:

Partenza		Rientro	
Data	ora	Data	ora
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dichiara, inoltre, di avere sostenuto le seguenti spese, preventivamente autorizzate, e ne chiede il rimborso:

Compilazione a cura del dipendente

- quota di iscrizione (allegata fattura / documento fiscale in originale) €. _____
 - spese viaggio:
 - treno (allegate n. ____ ricevute in originale) €. _____
 - autolinea (allegate n. ____ ricevute in originale) €. _____
 - mezzo proprio (Km percorsi _____) €. _____
 - pedaggio autostradale (allegate n. ricevute _____ in originale) €. _____
 - taxi (allegate n. ricevute _____ in originale) €. _____
 - aereo (allegato biglietto aereo) €. _____
 - altro (specificare e allegare originale dei documenti fiscali) €. _____
 - vitto (allegati n. ____ documenti fiscali in originale) €. _____
 - alloggio (allegato documento fiscale in originale) €. _____
 - altre spese autorizzate (specificare e allegare originali dei documenti fiscali) €. _____
- TOTALE** €. _____

Data _____

Firma del dipendente _____

Il Responsabile UO/Servizio _____

(timbro e firma)

RINUNCIA

N° registrazione _____

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di non aver partecipato all'iniziativa per i seguenti motivi

Data _____

(Firma del dipendente)