



**Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale
e di Alta specializzazione
"Santobono-Pausilipon"**
Via Teresa Ravaschieri, 8 – 80122 - Napoli
Codice Fiscale/Partita Iva n. 06854100630

**Alla Dirigente della UOSID
Formazione, Aggiornamento professionale
e Rapporti con le Università**

**Richiesta di Autorizzazione per Formazione/Aggiornamento Obbligatorio Extra Aziendale
a rimborso.**

Si fa presente la necessità che venga autorizzato l'invio in missione per aggiornamento obbligatorio

del/della dipendente

n. matricola

qualifica

in servizio con contratto a tempo indeterminato ☐ full time ☐ part time ☐

presso (specificare struttura di appartenenza)

telefono interno n.

cellulare

e-mail aziendale

SEZIONE PRIMA

MODALITA' E TERMINI DELL'ATTIVITA' PROPOSTA

L'iniziativa di aggiornamento si svolgerà nel seguente modo:

1. Partecipazione al (specificare se corso, convegno, ecc)

2. Oggetto del corso (allegare programma)

3. Data di inizio e di conclusione del corso

4. Ente organizzatore del corso

5. Corso ECM NO ☐ SI ☐ N. ____ crediti ECM assegnati all'iniziativa n.

6. Località

SEZIONE SECONDA

SPESE PREVENTIVATE (DA ANTICIPARE A CURA DEL/DELLA DIPENDENTE)

Tipologia	Spese preventivate in euro	Spese rendicontate in euro (a cura dell'Amministrazione)
QUOTA DI ISCRIZIONE (se sponsorizzata si veda il Regolamento ed i moduli sulle sponsorizzazioni pubblicati nella sezione "Trasparenza" del sito web aziendale)		
VIAGGIO (Treno II classe o aereo classe economy) N.B. Sono tassativamente escluse dal rimborso le spese di taxi e/o mezzo proprio		
SOGGIORNO (Hotel fino a 3 stelle)		
VITTO (max di € 22, 00 a pasto)		
Totale spese presunte da rimborsare		
Note:		

N.B. Non saranno conteggiati rimborsi eccedenti le spese preventivate.

SEZIONE TERZA

RELAZIONE DEL/DELLA DIRETTO/A RESPONSABILE a motivazione della richiesta

1. Indicare la motivazione della scelta del/della dipendente e descrivere gli obiettivi formativi dell'esperienza

2. Descrivere le competenze e le abilità da acquisire o migliorare con l'esperienza formativa il cui contenuto deve presentare stretta attinenza con le competenze professionali del/della dipendente

3. Esplicitare i risultati attesi e gli indicatori di ricaduta per la struttura in cui opera il/la dipendente

Firma del/della diretto/a Responsabile

Firma per assenso del/della dipendente da inviare
in missione

Il/La Direttore/Direttrice del Dipartimento

N.B.

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute il/la dipendente, **entro sette giorni dalla conclusione dell'attività formativa**, dovrà far pervenire alla UOSID Formazione la seguente documentazione:

- **Copia dell'attestato di partecipazione e/o frequenza dell'iniziativa**
- **Originale della ricevuta della quota d'iscrizione, se prevista**
- **Originali delle fatture e/o ricevute relative alle spese sostenute (viaggio, soggiorno, vitto), da liquidare nei limiti di spesa previsti e autorizzati.**
Non sono previsti rimborsi per taxi e auto propria.
- **Dettagliata relazione sulle caratteristiche, sui contenuti e sui risultati dell'attività frequentata (da inviare in copia anche al proprio Responsabile).**

Il/La sottoscritto/a dichiara sin d'ora di essere consapevole che la mancata produzione o l'incompletezza della documentazione di cui sopra sarà motivo di esclusione dal beneficio e dall'eventuale concorso delle spese sostenute.

FIRMA DEL/DELLA DIPENDENTE