

	<p>Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto AZIENDA ULSS N. 8 BERICA Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV Tel. 0444 753111 - Fax 0444 931178 Mail protocollo@aulss8.veneto.it PEC protocollo.aulss8@pecveneto.it www.aulss8.veneto.it</p>	<p>U.O.S. FORMAZIONE</p>	<p>RICHIESTA AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO ESTERNO</p>
---	---	---------------------------------	---

Al Responsabile UOS Formazione
Da inviare a: protocollo@aulss8.veneto.it

La/IL sottoscritta/o _____
dipendente di questa Azienda con la qualifica di _____
Matricola _____ Recapito telefonico _____ email _____
Sede di servizio _____

CHIEDE LA PARTECIPAZIONE AL CORSO/AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

Titolo: _____
Organizzato da _____ (Allegare Programma)
Che si terrà a _____ nei giorni _____
Costo di iscrizione: _____ **Altre spese** (vitto, alloggio, viaggio*): _____ (preventivo)

Per il rimborso del costo di iscrizione e di altre spese eventualmente anticipate fare richiesta a UOC Gestione Risorse Umane attraverso il modulo “Autorizzazione alla trasferta personale dipendente” reperibile al link: http://intra.aulss8.veneto.it/allegati/9515-Modulo_trasferta_NON_Ispettiva.pdf **allegando anche il presente modulo vistato da UOS Formazione**

IL RICHIEDENTE

Data _____

<p>Il Direttore/Responsabile UOC/UOS/SERVIZIO _____</p> <p>Motivazione : _____</p> <p align="right">Timbro e firma _____</p> <p>Data _____</p>

<p>Il Direttore di Struttura Tecnico Funzionale/Responsabile del BUDGET Dott.ssa/Dott. _____</p> <p>Verificata la disponibilità economica, esprime parere FAVOREVOLE [] NEGATIVO []</p> <p>Data _____ Timbro e Firma _____</p> <p align="center">VISTO SI AUTORIZZA IL DIRIGENTE/RESPONSABILE UOS FORMAZIONE</p> <p align="center">TIMBRO E FIRMA</p>
--

***Per la formazione esterna NON è utilizzabile il mezzo aziendale, eventuale utilizzo del mezzo proprio è valutato dal Responsabile di Budget.**