



**RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO**

Al Responsabile Area Formazione

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ matricola n° \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ dipendente dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari, assegnato all'U.O.  
 \_\_\_\_\_ della Macrostruttura P.O. \_\_\_\_\_ nella posizione funzionale di  
 \_\_\_\_\_ qualifica \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 autorizzato a partecipare all'evento dal titolo: \_\_\_\_\_,  
 dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, approvato da \_\_\_\_\_, prot.: \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

**DICHIARA**

di aver sostenuto le seguenti spese:

Voce di costo	A cura del Richiedente	Riservato all'Area Formazione
Iscrizione		
Viaggio (aereo, nave, treno, bus)		
Rimborso Km. _____ uso _auto		
Albergo		
Pasti		
Altre spese – (parcheggio auto)		
<b>TOTALE</b>		

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver percepito un anticipo delle spese SI  NO

(per un importo pari a € \_\_\_\_\_)

**Si allega, in originale o copia conforme, la documentazione attestante le spese e copia dell'attestato di partecipazione al corso di formazione.**

**Luogo e data**

**Firma (leggibile)**

\* allegare l'autorizzazione all'uso del mezzo proprio

Si autorizza la liquidazione di € \_\_\_\_\_ a favore del richiedente.

Il Responsabile Ufficio Formazione