



RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE PER AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO

Al Responsabile Ufficio Formazione

Organismo di riferimento (barrare la casella, a cura del richiedente):

- Commissione Area Dirigenza Medica
- Commissione Area Dirigenza Sanitaria, Tecnica, Professionale e Amministrativa
- Commissione Area Comparto Servizio Sanitario Nazionale-Comparto Personale Universitario

Il/La sottoscritto/a _____, matricola n° _____
_____ assegnato/a all'U.O. _____ autorizzato dalla Commissione
competente in data _____ a partecipare all'attività formativa dal
titolo _____, dal _____ al _____

DICHIARA

di aver sostenuto le seguenti spese:

Voce di costo	A cura del richiedente	Riservato all' Ufficio Formazione
Iscrizione	€.	€.
Viaggio (aereo,nave,treno,bus)	€.	€.
Rimborso Km. _____ uso_ auto*	€.	€.
Albergo	€.	€.
Pasti	€.	€.
Altre spese	€.	€.
TOTALE	€.	€.

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