



*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 e Comunicazione**

**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 \_\_\_\_\_

telefono interno n. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_

e mail aziendale \_\_\_\_\_

## **SEZIONE PRIMA**

### **MODALITA' E TERMINI DELL'ATTIVITA' PROPOSTA**

L'iniziativa di aggiornamento si svolgerà nei modi ~~seguenti~~

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

---

---

**TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE**

Firma del/della diretto/a Responsabile

---

Firma per assenso del/della dipendente da inviare in missione

---

Il/La Direttore/Direttrice della U.O.C./ Dipartimento

---

**(Motivazione del diniego)**

---

---

---

---

***N.B.***

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute il/la dipendente, **entro 7 giorni dalla conclusione dell'attività formativa**, dovrà far pervenire alla UOSID Formazione e Comunicazione 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**