



Bergamo,

SSD Formazione

Il/La sottoscritto: _____ n° tel. Interno: _____

in servizio presso: _____ N° Matricola: _____

in qualità di _____ tempo indeterminato tempo determinato

indirizzo mail _____

Sponsorizzazione SI NO

CHIEDE di partecipare all'iniziativa di formazione:

Titolo: _____

dal giorno _____ al giorno _____ ed i giorni _____ strettamente necessari per il viaggio, di cui al programma allegato.

.....
(firma)Tenuto conto della garanzia di copertura del servizio, delle finalità dell'iniziativa e **della disponibilità economica all'interno del budget autorizzato nel piano di formazione aziendale:**

- 1 - SI AUTORIZZA **Assenza / Permesso retribuito (aggiornamento facoltativo) senza concorso spese**
(8gg/anno per il comparto, per i dirigenti anche riserva oraria settimanale)
- 2 - SI AUTORIZZA **Assenza / Permesso retribuito (aggiornamento facoltativo) con concorso spese**
(8gg/anno per il comparto, per i dirigenti anche riserva oraria settimanale)
- 3 - SI AUTORIZZA **Aggiornamento professionale obbligatorio senza concorso spese**
per iniziative di particolare rilievo pratico
- 4 - SI AUTORIZZA **Aggiornamento professionale obbligatorio con concorso spese**
per iniziative di particolare rilievo pratico

Rimborsi previsti

| | |
|---|--|
| ◆ pernottamento e vitto: | € 150,00/die |
| ◆ solo vitto | se <8 ore € 5,60; se >8 ore € 22,26, se > a 12ore €44,26 (disposizioni contrattuali) |
| ◆ solo pernottamento | € 120,00/die |
| Preventivo delle spese (specificare le spese secondo le indicazioni sopra riportate) | |
| | Quota richiesta |
| | Quota rimborsabile |
| Quota di iscrizione: fattura intestata all'Azienda | NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> |
| Pernottamento e vitto | giorni n. |
| Solo vitto | giorni n. |
| Solo pernottamento | giorni n. |
| Viaggio con mezzo pubblico | |
| Viaggio con mezzo proprio Tot | Km (A/R) |
| Totale | |
| Per il personale del comparto | |
| CapoSala / CapoTecnico / CapoOstetrica / CapoServizio | Responsabile DPSS |
| | |
| Direttore/Responsabile | |
| Timbro e firma | |
| Per il personale dirigente | |
| Direttore/Responsabile | |
| Timbro e firma | |
| Qualora il budget attribuito risulti indiviso | Direttore di Dipartimento |
| Timbro e firma | |

**Viaggio con mezzo proprio**

Il sottoscritto dichiara di utilizzare il mezzo proprio per il seguente motivo:

- gli orari dei mezzi pubblici sono inconciliabili con gli orari di inizio/fine dell'iniziativa formativa
- la sede dell'iniziativa non è raggiungibile con mezzi pubblici
- l'auto è utilizzata da più dipendenti dell'Azienda, autorizzati a partecipare.

(firma)

Note esplicative

La richiesta di attività di formazione fuori sede, **preventivamente** autorizzata dai Direttori / Responsabili di Unità/ Servizio/ Area, deve essere corredata di:

- ◆ Programma integrale dell'iniziativa o lettera di accettazione se trattasi di frequenza presso altri centri ospedalieri o istituzioni scientifiche
- ◆ Modulo per iniziative sponsorizzate da ditte esterne
- ◆ Preventivo dettagliato delle spese per le quali si richiede il concorso

Ad iniziativa fruita, entro dieci giorni dalla data di svolgimento della stessa, la documentazione sopra descritta, **comprensiva di fotocopia dell'attestato di avvenuta partecipazione**, deve essere consegnata direttamente SSD Formazione. La documentazione consegnata a distanza di oltre 60 giorni dall'ultima data di fruizione non verrà accolta, pertanto il dipendente dovrà giustificare l'assenza con altra modalità o istituto (recupero ore, congedo ordinario), inoltre decadranno altri benefici autorizzati (es. rimborso spese).

Per informazioni dettagliate si invita a leggere la procedura specifica [PSpUFP02](#) sull'intranet Oracolo – Minisiti – Formazione fuori sede <http://oracolo/aggiornamento/index.asp> .

Riservato alla SSD Formazione

Si prende atto che la presente richiesta è conforme alla procedura PSpF02 Formazione Fuori Sede

SSD Formazione

Pratica trattata da.....

Riservato a SC Gestione e Sviluppo delle risorse Umane

N. Prot. Data