



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		
<b>Preventivo delle spese</b> (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)		
<b>Totale</b>			
<b>Per il personale del comparto</b>			
CapoSala / CapoTecnico / CapoOstetrica / CapoServizio		Responsabile DPSS	
.....		.....	
Direttore/Responsabile			
Timbro e firma .....			
<b>Per il personale dirigente</b>			
Direttore/Responsabile			
Timbro e firma .....			
<b>Qualora il budget attribuito risulti indiviso</b>		<b>Direttore di Dipartimento</b>	
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 .....