

AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO ALL'ESTERNO DELL'AZIENDA

Deve pervenire almeno 30 giorni prima dell'evento, protocollata e completa di programma.

Non è possibile cumulare l'aggiornamento obbligatorio con sponsorizzazioni o compensi per relazioni.

Il sottoscritto Responsabile Gerarchico

Direttore/Responsabile	Cognome	Nome
RDA/Coordinatore	Cognome	Nome

dispone che il dipendente a tempo indeterminato a tempo determinato

Cognome		Nome	
Profilo professionale			
S.O.C. di appartenenza			
Recapito tel. aziendale		e-mail	

partecipi alla seguente iniziativa di aggiornamento:

Convegno Seminario Corso FAD

Denominazione / Titolo		
CREDITI ECM _____	Località	
	Data e svolgimento	

- Congruenza con Piano Annuale Formazione (PAF)
 Corso di Formazione come da Piano Regionale della Formazione (PRF)
 Evento coerente con obiettivo/i atteso/i del Dipartimento/Struttura, specificare l'obiettivo
-
- Assolvimento degli obblighi formativi previsti da PAF per obblighi normativi

PREVISIONE DI SPESA:

Quota di iscrizione: €.....di cui NON provvederò ad anticipare il pagamento , in ottemperanza al D.M. n. 55/2013, ma vi sarà fatturazione elettronica ad evento concluso intestata all'Azienda stessa.	
<input type="checkbox"/> Viaggio: (andata e ritorno) <input type="checkbox"/> Treno € <input type="checkbox"/> Aereo € <input type="checkbox"/> Altro (Bus, Taxi) €	<input type="checkbox"/> Soggiorno: € <input type="checkbox"/> Pernottamento € <input type="checkbox"/> Pasti € in osservanza del Regolamento "Istituto della Trasferta"

TOTALE CONTRIBUTO RICHIESTO: € _____

Firma dipendente	_____	Data	_____
------------------	-------	------	-------

Firma Direttore/Responsabile/RDA/Coordinatore	_____	Data	_____
---	-------	------	-------

Dati necessari per il pagamento della quota di iscrizione che in ottemperanza al D.M. n. 55/2013 deve essere effettuato in forma elettronica ed esente IVA ai sensi art. 14, comma 10 della L. 537 del 24/12/1993:

P. IVA: 02801610300

Ufficio Fatturazione: UFP3FS

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
Sede legale e amministrativa: via Pozzuolo n. 330 – UDINE

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RICHIESTA di ACCONTO

Per onere economico superiore a € 250,00, esclusa tassa d'iscrizione.

Il dipendente, inoltre:

- chiede un acconto sulla spesa che dovrà sostenere e che documenterà in originale, che dovrà essere accreditato sul c/c bancario:

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ATTENZIONE: è d'obbligo compilare tutte le 27 caselle.

- c/c postale n. _____

Codice fiscale _____

data _____

firma dipendente _____

IL DIRETTORE autorizza un totale di spesa pari a € _____

- Data _____ Fondo Aziendale
 Altri Fondi (specificare) _____

TIMBRO E FIRMA

Allega la seguente documentazione:

- depliant - programma dell'iniziativa
 proposta circostanziata del Direttore/Responsabile nei casi previsti
 altro

PARERE nei casi previsti: del Direttore Sanitario o del Direttore Amministrativo o del Direttore Medico di Presidio, per l'area del comparto sanità del Dirigente Professioni Sanitarie di riferimento

TIMBRO E FIRMA

Data

Spazio riservato alla Funzione di Staff Formazione e Valorizzazione del Personale

Presenza visione del Responsabile

DATA _____ FIRMA _____

NOTE:
