



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana

VIA MAZZINI, 1 – 91100 TRAPANI
TEL.(0923) 805111 - FAX (0923) 873745
Codice Fiscale – P. IVA 02363280815

Al Dott. _____

Al Resp.le U.O.S. “Formazione ed
Aggiornamento del Personale ed ECM”

Loro Sedi

INVIO IN FORMAZIONE OBBLIGATORIA ESTERNA

Il sottoscritto Dott. _____ Direttore Sanitario dell’ASP di Trapani

DISPONE

di inviare in formazione obbligatoria esterna il dipendente

Cognome e nome _____

Matricola _____ Profilo Prof.le _____

Posizione funzionale _____ Struttura _____

Sede _____ e-mail _____

Tel _____ Cell. _____ Fax _____

IBAN IT

All’attività formativa

Titolo: _____

Sede _____

Data da _____ a _____

Durata effettiva dell’attività formativa in ore: _____

Eventuale numero crediti E.C.M. _____

Organizzatore: _____

Motivazione della richiesta _____

PREVENTIVO COSTI

ISCRIZIONE CORSO	Esente IVA ai sensi dell'art. 10 del DPR 633/72 e ss.mm.ii.	€	SPAZIO RISERVATO U.O. FORMAZIONE
VIAGGIO (*)	- Specificare mezzo: _____	€	
PASTI	- Max €. 50,00 al giorno	€	
ALLOGGIO	- Spese pernottamento (max € 150,00 al giorno; se CEFPAS max € 35,00 al giorno)	€	
TOTALE	- Tetto massimo di spesa €. 2.500,00	€	
	Si richiede l'anticipo delle spese per un importo pari ad	€	

Si allega la documentazione relativa all'attività formativa.

Con la presente vi autorizzo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003, del Regolamento UE n. 2016/679 e del D. Lgs. 101/2018.

Il Direttore Sanitario

Si autorizza l'anticipo delle spese per un importo pari ad

€ _____ si no

Il Direttore Sanitario

Trapani, _____

() Per le spese di viaggio, si prevede il rimborso del mezzo pubblico più economico idoneo al raggiungimento della sede del corso. Il rimborso sarà possibile su presentazione di apposita documentazione probatoria dei costi sostenuti o, comunque, dei biglietti Andata/Ritorno del mezzo di trasporto pubblico. Non sono rimborsabili le spese sostenute per l'uso del mezzo proprio, né per l'utilizzo del taxi.*