

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) -Italia
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**Richiesta di aggiornamento obbligatorio individuale esterno - Foglio n° 1**

COGNOME _____ NOME _____

N° MATRICOLA _____ QUALIFICA PROFESSIONALE _____

STRUTTURA _____ UNITA' OPERATIVA _____ TEL. _____

chiede la partecipazione a:

Tema/titolo

*(Allegare obbligatoriamente locandina/programma del corso che evidenzia la quota d'iscrizione senza IVA e i dati della segreteria organizzativa)*_____

da svolgersi in modalità:

 RESIDENZIALE in data/e dal _____ al _____ SEDE _____ FAD Sincrona in data/e _____ FAD Asincrona, indicare periodo: dal _____ al _____Utilizzo ore non assistenziali (solo per la dirigenza) SI NO**Firma del richiedente****Firma e timbro del Responsabile Struttura/Coordinatore o Piattaforma**_____

SE PREVISTE SPESE A CARICO DELL'AZIENDA, COMPILARE E FIRMARE I CAMPI SEGUENTI:

a) spese quota iscrizione al netto dell'IVA € _____ viaggio € _____
(non deve essere anticipata dal dipendente) pernottamento € _____ vitto € _____**Totale spesa presunta € _____****b) richiesta anticipo SI NO**

Si chiede inoltre l'anticipo delle spese, pari al 75% della spesa presunta (solo per importi superiori a € 250,00 per il personale del comparto e di € 500,00 per la dirigenza) L'anticipo di missione è pertanto pari a € _____ Per l'accredito bancario indicare il codice IBAN _____ e il C.F. _____

c) utilizzo automezzo proprio SI NOVisto l'articolo 11 del regolamento, rilevata l'inadeguatezza del mezzo pubblico, la non disponibilità di un automezzo aziendale e valutata la convenienza economica (*esplicitare il motivo della convenienza* _____)

_____), chiede di poter utilizzare il mezzo di sua proprietà

Tipo _____ targato _____ assicurato con la Compagnia di Assicurazione _____ con Polizza n.

_____ per la responsabilità civile verso terzi per somme non inferiori a quelle stabilite nella Tab. A allegata alla legge 24.12.1969

e successive integrazioni. Solleva, pertanto, l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità per danni causati a persone o cose fino ai massimali assicurati con la predetta polizza.

Firma del richiedente**Firma e timbro del titolare di budget**

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) -Italia
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**Richiesta rimborso spese (da compilarsi a cura dell'interessato) – Foglio n° 2**

Elenco della documentazione allegata relativa alle spese sostenute:

N.B: Le spese sostenute (fatture, scontrini fiscali, biglietti FFSS/aereo ecc....) **devono essere presentate in originale.**

Non saranno considerate utili per il rimborso le fotocopie delle stesse.

1. _____	€.	_____
2. _____	€.	_____
3. _____	€.	_____
4. _____	€.	_____
5. _____	€.	_____
6. _____	€.	_____
7. _____	€.	_____
8. _____	€.	_____
9. _____	€.	_____
10. _____	€.	_____

Totale €. _____

_____, li _____

Firma del richiedente

Firma e timbro del titolare di budget

**As FO**

Azienda sanitaria Friuli Occidentale

Via della Vecchia Ceramica, 1 - 33170 Pordenone (PN) -Italia
C.F. e P.I. 01772890933 PEC: asfo.protgen@certsanita.fvg.it**Distinta dell'aggiornamento obbligatorio individuale esterno – Foglio n° 3**

Data partenza	Località di partenza	Ora di partenza	Località corso	Ora di arrivo a destinazione	Data di rientro	Ora di partenza dal corso	Località di rientro	Ora di rientro	Mezzo di trasporto impiegato

DICHIARAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____
 Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che tutte le dichiarazioni sopra riportate sono veritiere. Dichiara inoltre che la documentazione prodotta è riferita all'aggiornamento in questione.

_____, li _____

Firma del richiedente
