



RICHIESTA AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO
personale sanitario

Al Direttore Sanitario

Il/la sottoscritto/a _____, Direttore della U.O. _____

CHIEDE

di autorizzare il/la dipendente _____, matricola n° _____ dipendente a tempo
indeterminato dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari, assegnato/a alla
U.O. _____ nella posizione funzionale di _____

Telefono _____ e-mail _____

ALLA SEGUENTE ATTIVITA' DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO

Titolo attività: _____

Sede di svolgimento _____ Data inizio _____ Data fine _____

N totale ore di formazione _____

Motivazione:

La spesa complessiva è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione	€
• Viaggio	€
• Rimborso Km. uso auto*	€
• Albergo	€
• Pasti	€
• Altre spese	€
Totale spesa presunta	€

si richiede l'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio*

Allega, a pena di nullità, il programma dettagliato del corso.

Luogo e data

Firma

* L'uso del mezzo proprio è consentito esclusivamente in ambito regionale

Nome struttura

San Giovanni di Dio, via Ospedale 54, 09124 Cagliari
Tel. 070/5109-2235
Email : serv.formazione@oucagliari.it

Sede legale

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925



AouCaSiCuraDiTe
www.aoucagliari.it

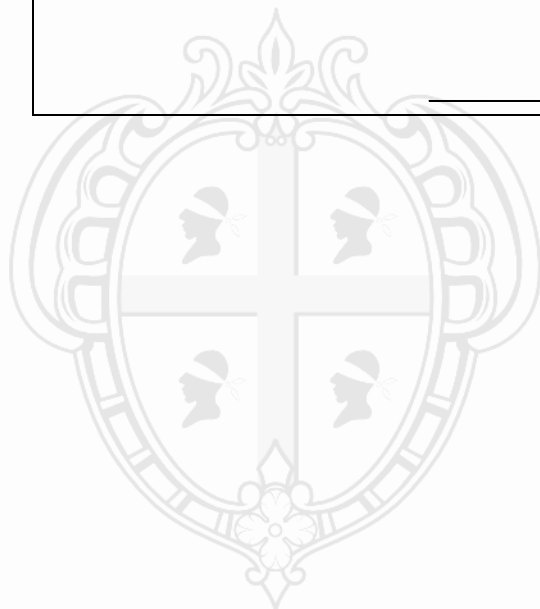


Visto Ufficio Formazione: _____

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Il Direttore Sanitario



**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
DI CAGLIARI**

Nome struttura

San Giovanni di Dio, via Ospedale 54, 09124 Cagliari
Tel. 070/5109-2235
Email : serv.formazione@oucagliari.it

Sede legale

Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari
Via Ospedale, 54 - 09124 Cagliari
P.I. e C.F. 03108560925



AouCaSiCuraDiTe
www.aoucagliari.it