



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
U.O.S. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Prot. N. _____ Data _____

RICHIESTA FORMAZIONE ESTERNA

Il / La Sottoscritto/a _____ qualifica _____ matricola _____ in servizio presso _____ tel/cell. _____ F-email _____

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a partecipare alla seguente iniziativa

Che si svolgerà a Dal..... Al

Relazione sintetica sugli obiettivi

Costi presunti:

Quota iscrizione € _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Spese Trasporto € _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Vitto € _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Modalità di fruizione:

N..... giorni permesso retribuito _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
N. 4 ore di aggiornamento settimanale _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Altro _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Parere del Direttore dell' U.O. di appartenenza

Favorevole

Non favorevole

Motivazione : _____

Parere del Direttore della MACROSTRUTTURA di appartenenza

Direttore
Dipartimento

Direttore Distretto

Favorevole

Favorevole

Motivazione : _____

TIMBRO E FIRMA _____

Parere del Responsabile U.O. Formazione

Favorevole

Non favorevole

Motivazione : _____

U.O. Formazione

Calcolo costi massimi
presunti :

Quota iscrizione € _____ si no

Viaggio raggiungimento sede € _____ si no

Mezzi trasporto pubblico € _____ si no

Vitto € _____ si no

Pernottamento € _____ si no

Firma Responsabile U.O. Formazione

Decisione

Direttore Amministrativo

- 1. SI AUTORIZZA
- 1. NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento _____

Direttore Generale

- 1. SI AUTORIZZA
- 1. NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento _____

Direttore Sanitario

- 1. SI AUTORIZZA
- 1. NON SI AUTORIZZA

Timbro e firma _____

Agrigento

-

