

S.S.DIP. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE HFC	OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO MODULO AZIENDALE	MODAZHFC_0037		
	DOMANDA DI PARTECIPAZIONE A CORSI DI AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO CON RIMBORSO SPESE	Rev. 3	Data 25/01/2024	Pag 1 di 2

**DA CONSEGNARE, DEBITAMENTE COMPILATO IN TUTTE LE SUE PARTI, ALLA S.S.D. FORMAZIONE E COMUNICAZIONE ALMENO 30 GIORNI PRIMA DELLA DATA DI INIZIO DEL CORSO**

Genova, \_\_\_\_\_

Al Direttore Generale  
S E D E

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_ Direttore dell'U.O. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di autorizzare la partecipazione, in aggiornamento obbligatorio, con rimborso spese, di \_\_\_\_\_ n. matr. \_\_\_\_\_, dipendente a tempo indeterminato di questo Policlinico con la qualifica di \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_, recapiti telefonici \_\_\_\_\_, all'evento formativo dal titolo \_\_\_\_\_

che si terrà a \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ con la seguente motivazione \_\_\_\_\_.

**Allegato: COPIA DEL PROGRAMMA DELL'EVENTO.**

Il Direttore di U.O.  
(timbro e firma)

Non si autorizza       Si autorizza

Il Direttore del Dipartimento di appartenenza  
(timbro e firma)

Non si autorizza       Si autorizza

Il Direttore DAPS  
(timbro e firma)

Non si autorizza

Si autorizza

Il Dirigente S.S.D. Formazione e Comunicazione  
(timbro e firma)

Non si autorizza       Si autorizza

Il Direttore Sanitario/Amministrativo/Scientifico

Non si autorizza       Si autorizza

Il Direttore Generale

Redatto U.O.	Controllato RAQ U.O.	Approvato Direzione U.O.
-----------------	-------------------------	-----------------------------

(compiere solo in caso di corso residenziale/in presenza)

Il partecipante dichiara che la partenza avverrà in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ ed il ritorno in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per un totale di n. \_\_\_\_\_ notti e chiede di poter utilizzare, quale mezzo di trasporto:

- Treno
- Aereo (indicare la motivazione) \_\_\_\_\_
- La propria automobile, modello \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_, manlevando l'Ospedale Policlinico San Martino da qualsivoglia responsabilità.

Consapevole del fatto che l'autorizzazione all'utilizzo dell'automobile è limitata a particolari situazioni, a totale discrezione del Policlinico, dichiara che la relativa richiesta è formulata:

- al fine di evitare uno o più pernottamenti;
- in quanto unico mezzo di trasporto che consenta di raggiungere la sede dell'evento in tempo utile (indicare l'orario di inizio corso: \_\_\_\_\_);
- al fine di evitare ulteriori spese di viaggio relative ad altri partecipanti, che beneficiano del trasporto su unico mezzo.

Il partecipante dichiara che la spesa anticipata da rimborsare, a seguito della presentazione delle attestazioni di pagamento in originale all'U.O. Sviluppo e Gestione Risorse Umane, ammonta ad € \_\_\_\_\_, da imputarsi su :

- fondi di bilancio                       fondi finalizzati codice progetto \_\_\_\_\_

come di seguito dettagliato:

quota d'iscrizione            € \_\_\_\_\_

spese di viaggio                € \_\_\_\_\_

spese di pernottamento    € \_\_\_\_\_

spese di vitto (rimborso massimo € 22,26 a pasto) € \_\_\_\_\_

Il partecipante, ai sensi degli artt. 19 e 47 D.P.R. 445/2000 s.m.i., dichiara:

1. di aver preso visione e conoscere il contenuto del Regolamento Aziendale sulla disciplina delle attività fuori sede, pubblicato sul Portale del Dipendente;
2. di partecipare all'evento formativo di cui alla presente domanda **esclusivamente** in qualità di discente.

Il partecipante

\_\_\_\_\_

Si autorizza

Il Direttore del Dipartimento di appartenenza

(timbro e firma)

\_\_\_\_\_