

# Allegato "A"

262

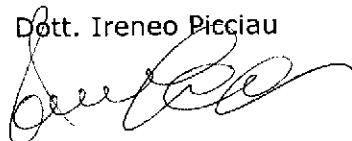
16 MAR. 2015

Preso d'atto autorizzazione partecipazione corsi fuori sede dei dipendenti Giulia Caddia, Graziano Carta, Adriana Piras, Anna Maria Melis e Giuseppina Loria.

Il presente allegato è composto di n. <sup>15</sup> fogli,  
di n. <sup>15</sup> pagine.

IL RESPONSABILE AREA FORMAZIONE

Dott. Ireneo Picciau



## Rimborso aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**  
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del richiedente.*

### 1. Spesa autorizzata

Per l'attività di aggiornamento è stata autorizzata una spesa massima omnicomprensiva di € \_\_\_\_\_

Con lettera di protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### 2. Dati del beneficiario

Il/la sottoscritto/a CADDIA GIULIA 31.8.72  
Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa)  
Residente in QUARTUCCIU VIA TALANA  
Matricola 52627  
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale RIANIMAZIONE e MED. IPERB. / P.O. MARINO  
Indirizzo di lavoro VLE PORTO CA  
Posizione funzionale DIRIGENTE  
Qualifica MEMBRO  
Telefono/cellulare 347 9114494 e-mail \_\_\_\_\_  
Area contrattuale

- Comparto  
 Dirigenza Medica e Veterinaria  
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 23.12.14

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) GIULIA CADDIA

Firma del beneficiario (leggibile)

*Giulia Caddia*

ASL8  
NP.2015/121 del 07/01/2015 ore 11,04  
Mitt.: Ospedale Marino

Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 17 del 2015



**3. Dichiarazione di spesa**

Spazio riservato  
all'Area Formazione

- **Iscrizione:** € 450,00
- **Viaggio:** € 139,00
- **Rimborso uso auto:** € (KM)
- **Albergo:** € 77,50
- **Pasti:** € 21,00
- **Altre spese:** € TAXI 24,50 (No)
- Totale spesa:** € 687,50 ✓

<b>NON RIMBORSABILE</b>

Il dipendente dichiara di aver ricevuto un anticipo delle spese:  Si |  No

Se si, per un importo pari a: €

Allega la relazione, il copia conforme del certificato di partecipazione e la documentazione originale attestante le spese:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**Luogo:** Cagliari

**Data (gg/mm/aaaa):** 23-12-14

**Nome e cognome del beneficiario (in stampatello)**

GIULIA CADDIA

**Firma del beneficiario (leggibile)**

*Giulia Caddia*

*[Signature]*

**3a. Prospetto della documentazione di spesa allegata alla domanda di rimborso**

**Spese di iscrizione**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
ISCRIZIONE CORSO BRONCO SCOPIA	10.12.14	650,00 ✓	
<b>Numero pezze giustificative iscrizione</b>		01	

**Spese di mobilità**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
VIAGGIO AEREO	09-10/12/14	139,00 ✓	
TAXI	09.12.14	24,50 ✓	
<b>Numero pezze giustificative mobilità</b>		02	

**Spese per i pasti**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
CENA	9-12-14	21,00 ✓	
		(21 + 9) 30	
<b>Numero pezze giustificative pasti</b>		01	

**Spese di pernottamento**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PERNOTTAMENTO	09.12.14	77,50 ✓	
		(68,50)	
<b>Numero pezze giustificative pernottamento</b>		1	

**Numero totale pezze giustificative** 05

1

### Rimborso aggiornamento facoltativo individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE  
Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del richiedente.

#### 1. Spesa autorizzata

Per l'attività di aggiornamento è stata autorizzata una spesa massima omnicomprensiva di € \_\_\_\_\_

Con lettera di protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### 2. Dati del beneficiario

Il/la sottoscrittola CARLA GRAZIANO  
 Nato a SIURGUS DONIGALA il (gg/mm/aaaa) 07/03/1969  
 Residente in CAGLIARI VIA G. ROSSINI, 69  
 Matricola 52930  
 Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale S.C. ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. BUSINCO  
 Indirizzo di lavoro VIA SCYNER 1  
 Posizione funzionale DIR. MEDICO  
 Qualifica ANESTESISTA RIANIMATORE  
 Telefono/cellulare 338 2474939 e-mail graziano carla@yahoo.com  
 Area contrattuale  
 Comparto  
 **Dirigenza Medica e Veterinaria**  
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari Data (gg/mm/aaaa): 30/12/2014

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) GRAZIANO CARLA  
Firma del beneficiario (leggibile) [Firma]

Azienda USL n. 8 - Cagliari  
Direzione Generale - Area Formazione  
POSTA IN ENTRATA  
30 DIC 2014

ASL8  
NP.2015/130 del 07/01/2015 ore 11,11  
Mitt.: Ospedale Businco  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 17 del 2015



4

**3. Dichiarazione di spesa**

			Spazio riservato all'Area Formazione
• Iscrizione:	€	180,00 ✓	
• Viaggio:	€	308,00 ✓	
• <del>Rimborso uso auto<sup>1</sup>:</del>	€	(KM)	NON RIMBORSABILE
• Albergo:	€	420,00 ✓	
• Pasti:	€	133,80 ✓	
• Altre spese:	€		
<b>Totale spesa:</b>	€	<b>1041,80 ✓</b>	

Il dipendente dichiara di aver ricevuto un anticipo delle spese:  Si |  No

Se si, per un importo pari a: € \_\_\_\_\_

Allega la relazione, il copia conforme del certificato di partecipazione e la documentazione originale attestante le spese:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

Luogo: \_\_\_\_\_ Cagliari \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): 30/12/2014

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) CARTA GRAZIANO

Firma del beneficiario (leggibile) 

*f*

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

**3a. Prospetto della documentazione di spesa allegata alla domanda di rimborso**
**Spese di iscrizione**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
ISCRIZIONE CORSO TEOR. PRAT. ECDRIAN	25/09/2014	180,00	✓
<b>Numero pezzi giustificative iscrizione</b>		<b>1</b>	

**Spese di mobilità**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
BIGLIETTO AEREO A-R	5-6 OTT. 2014	139,00	✓
BIGLIETTO AEREO A-R	1-5 DIC 2014	139,00	✓
TRENO	5 OTT. 2014	8,00	✓
TRENO	6 OTT 2014	8,00	✓
TRENO	1 DIC 2014	16,00	✓
		<b>308,00</b>	
<b>Numero pezzi giustificative mobilità</b>		<b>5</b>	

**Spese per i pasti**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PASTO	5 OTT 2014	19,00	✓
"	1 DIC 2014	22,30	✓
"	2 DIC 2014	27,00	✓
"	3 DIC 2014	29,50	✓
"	4 DIC 2014	12,00	✓
"	4 DIC 2014	24,00	✓
		<b>133,80</b>	
<b>Numero pezzi giustificative pasti</b>		<b>6</b>	

**Spese di pernottamento**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PERNOTTAMENTO	5 OTT/2014	100,00	✓
"	1-2-3-4	320,00	✓
		<b>420,00</b>	
<b>Numero pezzi giustificative pernottamento</b>		<b>2</b>	

**Numero totale pezzi giustificative**

<b>14</b>	
-----------	--



## Rimborso aggiornamento facoltativo individuo

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**  
Deve essere completa, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del richiedente.

### 1. Spesa autorizzata

Per l'attività di aggiornamento è stata autorizzata una spesa massima onnicomprensiva di € \_\_\_\_\_

Con lettera di protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### 2. Dati del beneficiario

Il/la sottoscritto/a: ADRIANA PIRAS

Nato a SASSARI Il (gg/mm/aaaa) 13/04/1964

Residente in CAGLIARI VIA SASSARI, 21

Matricola 49801

Dipartimento, struttura

complessa, struttura

semplice dipartimentale SERVIZIO ANESTESIA E RIANIMAZIONE P.O. SS. TRINITA'

Indirizzo di lavoro VIA IS TURRONIS

Posizione funzionale DIRIGENZE

Qualifica MDICO

Telefono/cellulare 3384841465 e-mail adpiras@tiscali.it

Area contrattuale

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari Data (gg/mm/aaaa): 18/10/14

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) ADRIANA PIRAS

Firma del beneficiario (leggibile) Adriana Piras

7



**3. Dichiarazione di spesa**

• **Iscrizione:** € 368,86

• **Viaggio:** € 139

• **Rimborso uso auto<sup>1</sup>:** € (KM)

• **Albergo:** € 68,50

• **Pasti:** € 56,70

• **Altre spese:** €

**Totale spesa:** € 633,06

Spazio riservato all'Area Formazione

<b>NON RIMBORSABILE</b>

Il dipendente dichiara di aver ricevuto un anticipo delle spese:  Si |  No

Se si, per un importo pari a: € \_\_\_\_\_

Allega la relazione, il copia conforme del certificato di partecipazione e la documentazione originale attestante le spese:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**Luogo:** \_\_\_\_\_ Cagliari \_\_\_\_\_

**Data (gg/mm/aaaa):** 18/11/16 \_\_\_\_\_

**Nome e cognome del beneficiario (in stampatello)** \_\_\_\_\_

AORIANA PIRAS

**Firma del beneficiario (leggibile)** \_\_\_\_\_

Aoriana Piras

4

**3a. Prospetto della documentazione di spesa allegata alla domanda di rimborso**

**Spese di iscrizione**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
-------------------	-------------------	---------	--------------------------------------

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

ISCRIZIONE CORSO	29/09/2014	€ 368,86 ✓	
<b>Numero pezze giustificative iscrizione</b>		1	

**Spese di mobilità**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
BIGLIETTO AEREO	09/10/14 } 10/10/14 }	€ 139 ✓	
<b>Numero pezze giustificative mobilità</b>		1	

**Spese per i pasti**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PRANZO	09/10/14	€ 26 ✓	
CENA	09/10/14	€ 23 ✓	
CENA	10/10/14	€ 9,70 ✓	
<b>Numero pezze giustificative pasti</b>		3	

**Spese di pernottamento**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
ALBERGO	09/10/14	€ 68,50 ✓	
<b>Numero pezze giustificative pernottamento</b>		1	

**Numero totale pezze giustificative**      6



## Rimborso aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.**  
Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del richiedente.

### 1. Spesa autorizzata

Per l'attività di aggiornamento è stata autorizzata una spesa massima omnicomprensiva di € 639,36

Con lettera di protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

### 2. Dati del beneficiario

Il/la sottoscritto/a MELIS ANNA MARIA  
Nato a CAGLIARI il (gg/mm/aaaa) 18-11-1956  
Residente in CAGLIARI  
Matricola 53387  
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale ANESTESIA e RIANIMAZIONE  
Indirizzo di lavoro VIA IS MARCONIS  
Posizione funzionale DIRIGENTE NEURO  
Qualifica \_\_\_\_\_  
Telefono/cellulare 3396659881 e-mail amaniamelis@libero.it  
Area contrattuale \_\_\_\_\_

- Comparto  
 Dirigenza Medica e Veterinaria  
 Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: Cagliari

Data (gg/mm/aaaa): 18/12/14

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) \_\_\_\_\_

ANNA MARIA MELIS

Firma del beneficiario (leggibile) \_\_\_\_\_

Anna Maria Melis

3. Dichiarazione di spesa

- Iscrizione: € 368,86
- Viaggio: € 139,00
- Rimborso uso auto<sup>1</sup>: € (KM)
- Albergo: € 68,50
- Pasti: € 63,00
- Altre spese: € /
- Totale spesa: € / 639,36

Spazio riservato all'Area Formazione

NON RIMBORSABILE

Il dipendente dichiara di aver ricevuto un anticipo delle spese:  Si |  No

Se si, per un importo pari a: ~~€ 639,36~~ \_\_\_\_\_

Allega la relazione, il copia conforme del certificato di partecipazione e la documentazione originale attestante le spese:  Si |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

Luogo: \_\_\_\_\_ Cagliari \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): 18/12/14

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) ANNA NANA NEUS

Firma del beneficiario (leggibile) *Annanelle*

4

3a. Prospetto della documentazione di spesa allegata alla domanda di rimborso

Spese di iscrizione	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
Descrizione spesa			

<sup>1</sup> L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

ISCRIZIONE CORSO	30/09/14	€ 368,86 ✓	
Numero pezze giustificative iscrizione		1	

**Spese di mobilità**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
VIAGGIO AEREO	9-12-14	1390,00 ✓	
	10-12-14		
(+ 2 CARTE INBANC)			
Numero pezze giustificative mobilità		1	

**Spese per i pasti**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PANINO	9/12/14	27,00 ✓	
CENA	9/12/14	25,00 ✓	
CENA	10/12/14	13,00 ✓	
Numero pezze giustificative pasti		3	

**Spese di pernottamento**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PERNOTTA AEREO	9-12-14	<del>9-12-14</del> 68,50 ✓	
Numero pezze giustificative pernottamento		1	

Numero totale pezze giustificative

6

12

€ 000

### Rimborso aggiornamento facoltativo individuale

**LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE**  
*Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione a cura del richiedente.*

#### 1. Spesa autorizzata

Per l'attività di aggiornamento è stata autorizzata una spesa massima omnicomprensiva di € \_\_\_\_\_

Con lettera di protocollo n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

#### 2. Dati del beneficiario

Il/la sottoscritto/a GIUSEPPINA LORETA  
Nato a SENIS (OR) il (gg/mm/aaaa) 18-03-53  
Residente in QUARTU S.E.  
Matricola 20720  
Dipartimento, struttura complessa, struttura semplice dipartimentale SERVIZIO DI RIAMMAZIONE P.O. MARINO  
Indirizzo di lavoro VIALE PORTO SMC  
Posizione funzionale SS di RIAMMAZIONE  
Qualifica MEDICO RIAMMAZIONE  
Telefono/cellulare 3332224021 e-mail pmello@aslca.it  
Area contrattuale \_\_\_\_\_

Comparto

Dirigenza Medica e Veterinaria

Dirigenza Tecnica, Sanitaria, Professionale e Amministrativa

Luogo: \_\_\_\_\_ Cagliari \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa): 23-12-14

Nome e cognome del beneficiario (in stampatello) GIUSEPPINA LORETA

Firma del beneficiario (leggibile) giuseppina loreta

ASL8  
NP. 2015/122 del 07/01/2015 ore 11,06  
Mitt.: Ospedale Marino  
Ass.: Area Formazione  
Class.: 1. Fasc.: 17 del 2015



**Dichiarazione di spesa**

		Spazio riservato all'Area Formazione
• Iscrizione:	€ 450.00 IVA INCLUSA ✓	
• Viaggio:	€ 139.00 ✓	
• Rimborso uso auto:	€ (KM)	<b>NON RIMBORSABILE</b>
• Albergo:	€ 77,50 ✓	
• Pasti:	€ 21.00 ✓	
• Altre spese:	€	
<b>Totale spesa:</b>	<b>€ 687,50 ✓</b>	

Il dipendente dichiara di aver ricevuto un anticipo delle spese:  Si |  No

Se sì, per un importo pari a: €

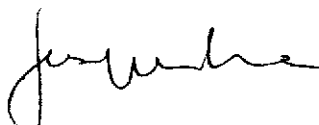
Allega la relazione, il copia conforme del certificato di partecipazione e la documentazione originale attestante le spese:  Sì |  No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

**Luogo:** Cagliari

**Data (gg/mm/aaaa):** 23-12-14

**Nome e cognome del beneficiario (in stampatello)** GIUSEPPINA LORRA

**Firma del beneficiario (leggibile)**  
 &

**3a) Prospetto della documentazione di spesa allegata alla domanda di rimborso**

Spese di iscrizione

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
ISCRIZIONE CORSO di business plan	10-12-14	650,00 ✓	
Numero pezze giustificative iscrizione		1	

**Spese di mobilità**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
Viaggio aereo	09-12-14 / 10-12-14	139,00 ✓	
TAXI	09-12-14	24,50 ✓	
Numero pezze giustificative mobilità		2	

**Spese per i pasti**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
Cena	09-12-14	21,00 ✓	
Numero pezze giustificative pasti		1	

**Spese di pernottamento**

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
Albergo MANEROI	09-12-14	77,00 ✓	
Numero pezze giustificative pernottamento		1	

Numero totale pezze giustificative

5

f

15