

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. ¹⁵ fogli,
di n. ¹⁵ 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 onnicomprensiva 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 ✓

NON RIMBORSABILE

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 ✓	
Numero pezze giustificative iscrizione		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 ✓	
Numero pezze giustificative mobilità		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	
Numero pezze giustificative pasti		01	

Spese di pernottamento

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
PERNOTTAMENTO	09.12.14	77,50 ✓	
		(68,50)	
Numero pezze giustificative pernottamento		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 3382474939 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 ✓	
• Rimborso uso auto¹:	€	(KM)	NON RIMBORSABILE
• Albergo:	€	420,00 ✓	
• Pasti:	€	133,80 ✓	
• Altre spese:	€		
Totale spesa:	€	1041,80 ✓	

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

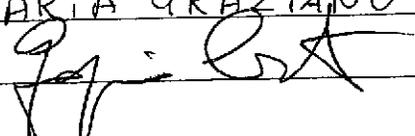
Se si, per un importo pari a: € _____

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

¹ 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	✓
Numero pezzi giustificative iscrizione		1	

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	✓
		308,00	
Numero pezzi giustificative mobilità		5	

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	✓
		133,80	
Numero pezzi giustificative pasti		6	

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	✓
		420,00	
Numero pezzi giustificative pernottamento		2	

Numero totale pezzi giustificative

14	
-----------	--



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 auto¹:** € (KM)

• **Albergo:** € 68,50

• **Pasti:** € 56,70

• **Altre spese:** €

Totale spesa: € 633,06

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: € _____

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
-------------------	-------------------	---------	--------------------------------------

¹ L'uso dell'auto propria non è rimborsabile.

ISCRIZIONE CORSO	29/09/2014	€ 368,86 ✓	
Numero pezze giustificative iscrizione		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 ✓	
Numero pezze giustificative mobilità		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 ✓	
Numero pezze giustificative pasti		3	

Spese di pernottamento

Descrizione spesa	Data (gg/mm/aaaa)	Importo	Spazio riservato all'Area Formazione
ALBERGO	09/10/14	€ 68,50 ✓	
Numero pezze giustificative pernottamento		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 amaria.melis@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 auto¹: € (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) *Annellenelle*

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			

¹ 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	9-12-14 68,50 ✓	
Numero pezze giustificative pernottamento		1	

Numero totale pezze giustificative

6

12

€

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 SNC
 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



13

Dichiarazione di spesa

		Spazio riservato all'Area Formazione
• Iscrizione:	€ 450.00 IVA INCLUSA ✓	
• Viaggio:	€ 139.00 ✓	
• Rimborso uso auto:	€ (KM)	NON RIMBORSABILE
• Albergo:	€ 77,50 ✓	
• Pasti:	€ 21,00 ✓	
• Altre spese:	€	
Totale spesa:	€ 687,50 ✓	

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)

GILVIPPINA LORRA

Firma del beneficiario (leggibile)

[Firma manoscritta]

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 MANAROI	09-12-14	77,00 ✓	
Numero pezze giustificative pernottamento		1	

Numero totale pezze giustificative

5

f

15