ASLCagliari

680
16 GIU. 2015

Allegato "A"

Presa d'atto aggiornamento Individuale Fuori Sede corso "**Forum PA 2015: salute digitale, spendere meno e curare meglio**" della dipendente Germana Sailis – Roma, 26 maggio 2015.

Il presente allegato è composto
di n. 4 fogli, di n. 4 pagine
IL RESPONSABILE U.O.S. AREA FORMAZIONE F.F.
Dott.ssa Marisa Udella

ASLCagliari

Direzione Generale
Sviluppo Organizzativo
Gestione e valutazione del personale
Area Formazione

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio Individuale
Fuori sede

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE.
Deve essere compilata, firmata e presentata all'Area Formazione (già autorizzata dalla Direzione Aziendale) almeno 30 giorni prima della data di inizio dell'attività formativa

1. Spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI: ☒

NO: ☐

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a GERMANA SAILIS

Nato/a a SASSARI **Il** *(gg/mm/aaaa)* 06-09-1972

Matricola n. 53938

Struttura di appartenenza PROGRAMMAZIONE e CONTROLLO

Indirizzo di lavoro VIA PIERO DELLA FRANCESCA, 1

Posizione funzionale COLLABORATORE AMMINISTRATIVO

Qualifica CAT. D

Telefono /cellulare 0706093851 **e-mail** germanasailis@asl8cagliari.it

Area contrattuale:

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

Data(gg/mm/aaaa), 6-05-2015

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) GERMANA SAILIS

Firma (leggibile) Germana Sailis

ASL8
NP.2015/15783 del 08/05/2015 ore 12,22
Mitt.: Programmazione e Controllo
Ass.: Area Formazione
Class.: 1. Fasc.: 199 del 2015

2

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: FORUM PA 2015

Sede: ROMA – PALAZZO DEI CONGRESSI

Data: da (gg/mm/aaaa) 26-05-2015 a (gg/mm/aaaa) 26-05-2015

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: h 2,30 (15:00 – 17:30)

Organizzatore: FORUM PA SRL

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: VIA ALBERICO, II, 33 – 00193 ROMA

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: 10693191008

Attività ECM? ☐ Si | ☒ No ***Se si, indicare il numero di crediti ECM assegnati:*** _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: ☐ Si | ☐ No

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

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• ***Iscrizione:***	€ —
• ***Viaggio:***	€ 150
• ***Albergo:***	€ —
• ***Pasti:***	€ 25
• ***Altre spese:***	€ —

Totale spesa presunta: € 175

Risorse economiche:

☒ budget dell'Azienda
☐ fondo vincolato (specificare) _____

Anticipo Cassa Economale: _____
(domanda da presentare con apposito modulo all'Area Formazione dopo pubblicazione della delibera)

NOTA BENE: non potranno essere rimborsate spese sostenute senza la consegna delle pezze giustificative in originale.

3

PARERE DEL RESPONSABILE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

(DIPARTIMENTO, STRUTTURA COMPLESSA, STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE)

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☒ ***Favorevole***

☐ ***Non favorevole***

Motivazione del parere del Responsabile dell'unità organizzativa:

Luogo: CAGLIARI **Data** (gg/mm/aaaa): 6-05-2015

Nome e cognome (in stampatello)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale) PAOLO CANNAS

Timbro e firma (leggibile)
Il Responsabile della struttura organizzativa (Dipartimento, Struttura Complessa, Struttura Semplice Dipartimentale)

AUTORIZZAZIONE DIREZIONE AZIENDALE

FIRMA DIRETTORE SANITARIO

FIRMA DIRETTORE AMMINISTRATIVO

4