



Emissione 28/01/2018
Revisione 08/07/2025

Richiesta di Aggiornamento Facoltativo
Fuori sede

MO-DG-FOR-018.6
Pagina 1 di 4

LA DOMANDA DEVE ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E PRESENTATA DAL RICHIEDENTE ALMENO 15 GIORNI PRIMA DELLA DATA D'INIZIO DELL'ATTIVITA' FORMATIVA

N. protocollo _____

1. Si richiede di autorizzare il dipendente

☐ Dott.ssa/Dott. ☐ Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome _____

Struttura di appartenenza _____

Dipartimento _____

Telefono /cellulare _____

e-mail _____

Qualifica _____

Sottoscrivendo la domanda di aggiornamento il
richiedente dichiara di aver preso visione e di conoscere il
regolamento aziendale sulla formazione

Area contrattuale:

- ☐ Comparto
☐ Dirigenza non Medica
☐ Dirigenza Medica
☐ Dirigenza Tecnica – Amministrativa – Profes.

Contratto ☐ a tempo determinato ☐ a tempo
indeterminato

Nome e cognome del partecipante per assenso _____

Data (gg/mm/aaaa) _____

Firma (leggibile) _____

2. Parere del sovraordinato gerarchico per il personale del comparto

Parere di congruità e compatibilità alle esigenze di servizio:

☐ Favorevole

☐ Non favorevole

Motivazione del parere: _____

Firma e Timbro (leggibile) Del Coordinatore per il comparto sanità _____

Fondo:

- ☐ fondo di struttura
☐ fondo strategico Aziendale (vedi punto 5)
☐ fondo vincolato (specificare denominazione del fondo e allegare resoconto fondo a cura del settore economico)

Data (gg/mm/aaaa): _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Struttura _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore di Dipartimento _____

Emissione 28/01/2018
Revisione 08/07/2025

Richiesta di Aggiornamento Facoltativo
Fuori sede

MO-DG-FOR-018.6
Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: _____
Sede: _____

Data:	da (gg/mm/aaaa) _____	a (gg/mm/aaaa) _____	Durata dell'attività formativa in ore: N. _____
Tipologia evento			
☐ Corso ☐ corso teorico/pratico ☐ Congresso ☐ Convegno ☐ Seminario ☐ frequenza in altra struttura			
Organizzatore: _____			

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA/n. provider _____
Attività ECM? ☐ Si | ☐ No *Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati:* _____

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

**Diversamente NON SARÀ POSSIBILE AUTORIZZARE E RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.*

4. Preventivo di spesa

Ipotesi di spesa totale:

<i>Se prevista Iscrizione il dipendente deve informare la segreteria scientifica che la quota deve essere esente IVA:</i> ☐ <i>Anticipata dal dipendente (la fattura deve essere intestata al dipendente)</i> ☐ <i>A carico e fatturata direttamente all'AOB compilare il campo 7. Esenzione IVA</i> ☐ <i>Non prevista</i>		€
<i>Vitto (Italia: massimo € 30 a pasto)¹:</i>		€
<i>Pernottamento (Italia: massimo € 130 per notte)¹:</i>		€
<i>Viaggio:</i>	<i>*Partenza giorno prima</i> ☐ <i>*Rientro giorno dopo</i> ☐	€
<i>Altre spese (Mezzi pubblici):</i>		€
Totale spesa presunta		€
<i>Il 20% della spesa è a carico del dipendente</i>		€

**il dipendente chiede sotto la propria responsabilità di essere autorizzato, per motivi legati ai trasporti, alla partenza il giorno prima e/o al rientro il giorno dopo l'evento.*

¹*Per gli aggiornamenti svolti al di fuori del territorio italiano si applicheranno i massimali di spesa per vitto e pernottamento stabiliti dal Decreto MAE del 23.03.2011.*



Emissione 28/01/2018
Revisione 08/07/2025

Richiesta di Aggiornamento Facoltativo
Fuori sede

MO-DG-FOR-018.6
Pagina 3 di 4

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

5. Parere del Responsabile della Direzione Aziendale

(Utilizzare questo campo solo Se richiesto utilizzo del Fondo Strategico Aziendale)

☐ Favorevole

☐ Non favorevole

Motivazione del parere:

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore Generale (o suo delegato)

Luogo: _____

Data (gg/mm/aaaa): _____

6. Parere del Responsabile SSD Formazione

Verifica e Parere di fattibilità per competenze dell'Ufficio:

☐ Favorevole

☐ Non favorevole

Motivazione del parere:

Data _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore della SSD Formazione _____



Emissione 28/01/2018
Revisione 08/07/2025

Richiesta di Aggiornamento Facoltativo
Fuori sede

MO-DG-FOR-018.6
Pagina 4 di 4

7. Esenzione IVA

(Da inviare alla Segreteria Organizzativa a cura del dipendente)

Alla Segreteria Organizzativa

Oggetto: Partecipazione al corso di aggiornamento obbligatorio

Del dipendente _____

Si comunica che il dipendente di questa Azienda Ospedaliera Brotzu

_____ ,
è stata/o autorizzata/o a partecipare in regime di aggiornamento obbligatorio alla frequenza del:

☐ Corso ☐ corso teorico/pratico ☐ Congresso ☐ Convegno ☐ Seminario ☐ frequenza in altra struttura

Titolo: _____

Sede: _____

Data: da (gg/mm/aaaa) _____ a (gg/mm/aaaa) _____

Si chiede pertanto che la fatturazione (fattura non quietanzata) della quota d'iscrizione sia intestata all'Azienda di rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione G. Brotzu, P.le Ricchi 1, 09134 Cagliari – P. IVA 02315520920 e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L. 537/93 art. 14 comma 10.

Codice univoco FIEFE2

Data, _____

Firma e Timbro (leggibile)

Il Direttore SSD Formazione _____