



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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.7
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 Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.7
Pagina 2 di 4

3. Dati dell'attività formativa

Titolo: _____

Sede: _____

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? ☐ Sì | ☐ No

Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

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

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

4. Preventivo di spesa

Ipotesi di spesa totale:

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

**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.*

¹Per 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.

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



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

Richiesta di Aggiornamento Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.7
Pagina 3 di 4

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 Obbligatorio
Fuori sede

MO-DG-FOR-017.7
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 _____