

## Modulo di richiesta

# partecipazione ad aggiornamento esterno

**U.O.C. SVILUPPO ORGANIZZATIVO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE**  
**Formazione**

*Tel. 0823/232481-232521-232526-232814*

*e-mail: [formazione@ospedale.caserta.it](mailto:formazione@ospedale.caserta.it)*

**Modulo da consegnare all'Ufficio Formazione**

(almeno 60 giorni prima della data prevista per l'inizio del corso)



Il/La sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ matr. \_\_\_\_\_

In servizio presso \_\_\_\_\_ telefono interno \_\_\_\_\_

con la qualifica di: \_\_\_\_\_

chiede

di essere autorizzato/a a partecipare all'iniziativa formativa sotto specificata di cui si allega programma

Facoltativa

Obbligatoria

Titolo \_\_\_\_\_

Ente erogatore \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_

Data di inizio \_\_\_\_\_

Data di fine \_\_\_\_\_



Motivazione per la quale si chiede di partecipare all'aggiornamento esterno

---

---

---

---

---

### PREVISIONE DI SPESA

Iscrizione al corso / convegno € \_\_\_\_\_

Biglietto ferroviario  
(comprensivo di prenotazione e/o supplemento) € \_\_\_\_\_

Biglietto aereo  
(per distanze superiori a 300 Km a tratta) € \_\_\_\_\_

Altro mezzo di trasporto di linea \_\_\_\_\_  
(specificare il tipo) € \_\_\_\_\_

Pernottamento n. \_\_\_\_\_ notti

Pasti n. \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a allega alla presente:

- programma dell'iniziativa formativa
- altro \_\_\_\_\_

Caserta li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del dipendente)



**Autorizzazione del Direttore dell'U.O.C. di appartenenza**    ° favorevole    ° non favorevole

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

**Autorizzazione del Direttore di Dipartimento**    ° favorevole    ° non favorevole

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma

**Autorizzazione del Direttore Sanitario e/o Amministrativo**    ° favorevole    ° non favorevole

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma