



Modulo di rimborso spese sostenute

- da consegnare all'Ufficio Formazione -

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

Tel. 0823/232481-232521-232526-232814

e-mail: formazione@ospedale.caserta.it



Il/La sottoscritto/a: _____

in servizio presso _____ telefono interno _____

con la qualifica di: _____

chiede

il rimborso delle spese sostenute relativamente alla partecipazione al corso/convegno dal titolo:

svoltosi a _____

dal _____ al _____

autorizzato con deliberazione n. _____ del _____ esecutiva ai sensi di legge
dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver sostenuto le seguenti spese:

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)

Spese di iscrizione _____ € _____

Pernottamento n. _____ notti _____ € _____

Pasti n. _____ € _____



Allega alla presente:

- Ricevuta per spese di iscrizione in originale
- N. _____ ricevute per rimborso spese in originale
- Attestato di partecipazione in fotocopia
- Relazione sull'attività didattica svolta

Il/La sottoscritto/a dichiara, inoltre, che, per la presente iniziativa di aggiornamento, non è stato chiesto ad altro soggetto alcun rimborso delle spese sostenute, né verrà in avvenire richiesto.

Caserta li, _____

(Firma del dipendente)