



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Modulo di rimborso spese sostenute

Da inviare all'Ufficio Formazione

U.O.C. Appropriatelyzza, Epidemiologia Clinica e Valutativa, Formazione, Qualità e Performance
Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Sant'Anna e San Sebastiano – Caserta - Via Palasciano 81100 - Caserta
Settore **FORMAZIONE**: 0823.232075 - 0823.232902 – **0823.232612**
e-mail: formazione@ospedale.caserta.it - Pec: organizzazione e sviluppo@ospedalecasertapec.it



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE
E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE
"SANT'ANNA E SAN SEBASTIANO" DI CASERTA

Il/La sottoscritto/a: _____ matr. _____

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)

Pernottamenti n. _____ notti

Pasti n. _____

Il sottoscritto/a 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)