



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

FORMAZIONE ESTERNA
RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE A STAGE FORMATIVO

**Al Direttore Generale
per il tramite del Responsabile dell'U.O.S.D. Formazione**

Parte prima (da compilarsi a cura del Dirigente richiedente almeno **15 giorni** prima dell'iniziativa)

Il/La sottoscritto/a dott./ssa Responsabile/Direttore del
Servizio /U.O. sede di

CHIEDE che

Cognome Nome
dipendente a tempo (*indicare se determinato, indeterminato o altro*) con il
profilo di in servizio presso
sede di cell. venga autorizzato/a allo
svolgimento dello stage formativo presso la **Struttura** di seguito indicata:

con sede a provincia di

per il periodo (*indicare almeno mese e anno*) per un totale di
(*indicare se giorni o mesi*) , così come esplicitato nella documentazione allegata.

Le SPESE presunte a rimborso sono così quantificate:

Viaggio - con mezzo proprio (allegare apposito modello).....€

- con mezzo pubblico€

Vitto€

Alloggio€

TOTALE PREVENTIVO DI SPESA€

SI ALLEGA:

- 1) IL PROGETTO FORMATIVO CON DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI, MOTIVAZIONE DELLO STAGE E DELLA SCELTA DELLA STRUTTURA OSPITANTE;
- 2) PROGRAMMA FORMATIVO RIPORTANTE LE DATE, IL LUOGO, GLI ORARI DELLE ATTIVITÀ ED IL NOMINATIVO DEL/I TUTOR (con profilo di appartenenza);
- 3) LA DOCUMENTAZIONE DI RICHIESTA DI STAGE PRESSO LA STRUTTURA OSPITANTE E RELATIVA AUTORIZZAZIONE DA PARTE DELLA STESSA PROTOCOLLATA.

Data

IL RESPONSABILE/DIRETTORE

(firma)



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

FORMAZIONE ESTERNA
RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE A STAGE FORMATIVO

DATA

Parte seconda (da compilare a cura del Responsabile dell'U.O.S.D. Formazione)

☐ Si esprime parere favorevole in quanto la spesa è congruente con il budget assegnato, con imputazione della spesa nel limite massimo di € sul fondo Formazione.

☐ Si esprime parere NON favorevole per il seguente motivo:

Data

Il Responsabile della U.O.S.D. Formazione

Dr.ssa Antonietta ORLACCHIO

(firma)

Parte terza (AUTORIZZATIVA)

Vista la richiesta del dipendente, visti i pareri dei Responsabili delle Strutture preposte:

S I A U T O R I Z Z A

Il Direttore Generale

(Dr. Giampaolo STOPAZZOLO)

(firma)