

UOSD Formazione e rapporti con l'Università (ex ASL Roma C)  
Via Monza, 2 00182 Roma - t +390651008218 - f +390651006582  
e-mail: [formazione.qualita@aslrmc.it](mailto:formazione.qualita@aslrmc.it)

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO  
INDIVIDUALE ESTERNO NON PREVISTO NEL PIANO FORMATIVO  
(partecipazione a seminari, congressi, masters, ecc.)**

Al Responsabile \_\_\_\_\_ Azienda ASL Roma 2 (ex ASL Roma C)

SEDE

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Dirigente Responsabile della UO/UOC \_\_\_\_\_

ritiene opportuno che il dipendente \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

partecipi all'iniziativa formativa \_\_\_\_\_

Il cui costo presunto è di € \_\_\_\_\_, per la quale allega la documentazione/descrizione dei costi di cui all'**ALLEGATO I** alla presente.

La suddetta richiesta è motivata dalle seguenti specifiche esigenze di servizio indicate nell'**ALLEGATO 2** alla presente (da compilarsi a cura del Direttore UOC/UOC del partecipante all'iniziativa) nonché per le motivazioni indicate nell'**ALLEGATO 3** (da compilarsi a cura del Direttore del Dipartimento/Presidio ospedaliero/Direttore Area).

La suddetta richiesta è integrata con l'**ALLEGATO 4** compilato e sottoscritto dal Responsabile UOSD Formazione e rapporti con l'Università.

**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE** \_\_\_\_\_

- SI AUTORIZZA**
- NON SI AUTORIZZA** (specificare)

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_

UOSD Formazione e rapporti con l'Università (ex ASL Roma C)  
Via Monza, 2 00182 Roma - t +390651008218 - f +390651006582  
e-mail: [formazione.qualita@aslrmc.it](mailto:formazione.qualita@aslrmc.it)

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO  
INDIVIDUALE ESTERNO NON PREVISTO NEL PIANO FORMATIVO**  
(partecipazione a seminari, congressi, masters, ecc.)

**ALLEGATO I**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

partecipante all'iniziativa formativa \_\_\_\_\_

dichiara sotto la propria responsabilità che il corso presunto per la partecipazione a tale iniziativa è di  
€ \_\_\_\_\_, così come sottospesificato:

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="radio"/> Quote iscrizione (allegare copia programma) | <b>EURO</b> _____ |
| <input type="radio"/> Trasporto                                   | <b>EURO</b> _____ |
| <input type="radio"/> Soggiorno alberghiero                       | <b>EURO</b> _____ |

**TOTALE EURO** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA IL PARTECIPANTE ALL'EVENTO** \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA IL DIRIGENTE RESPONSABILE UO/UOC** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

UOSD Formazione e rapporti con l'Università (ex ASL Roma C)  
Via Monza, 2 00182 Roma - t +390651008218 - f +390651006582  
e-mail: [formazione.qualita@aslrmc.it](mailto:formazione.qualita@aslrmc.it)

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO  
INDIVIDUALE ESTERNO NON PREVISTO NEL PIANO FORMATIVO  
(partecipazione a seminari, congressi, masters, ecc.)**

**ALLEGATO 2**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Dirigente Responsabile della UO/UOC \_\_\_\_\_

relativamente alla richiesta di partecipazione del dipendente \_\_\_\_\_

all'iniziativa formativa \_\_\_\_\_

dichiara che la stessa è motivata dalle seguenti specifiche esigenze di servizio:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**TIMBRO E FIRMA IL DIRIGENTE RESPONSABILE UO/UOC** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

UOSD Formazione e rapporti con l'Università (ex ASL Roma C)  
Via Monza, 2 00182 Roma - t +390651008218 - f +390651006582  
e-mail: [formazione.qualita@aslrmc.it](mailto:formazione.qualita@aslrmc.it)

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO  
INDIVIDUALE ESTERNO NON PREVISTO NEL PIANO FORMATIVO**  
(partecipazione a seminari, congressi, masters, ecc.)

**ALLEGATO 3**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

- Direttore del Dipartimento \_\_\_\_\_
- Direttore del Presidio ospedaliero \_\_\_\_\_
- Direttore del Distretto \_\_\_\_\_
- Direttore dell'Area \_\_\_\_\_

relativamente alla richiesta di partecipazione del dipendente \_\_\_\_\_

all'iniziativa formativa \_\_\_\_\_

esprime parere:

- NON FAVOREVOLE**
- FAVOREVOLE** (compilare anche le voci sottostanti)

sulla necessità della specifica formazione richiesta in relazione agli obiettivi di servizi, di seguito indicati:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

sulla necessità della specifica formazione richiesta, in relazione al mancato inserimento tra le proposte nel Piano  
Formativo Aziendale, per le motivazioni di seguito indicate:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA IL DIRIGENTE RESPONSABILE UO/UOC** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

UOSD Formazione e rapporti con l'Università (ex ASL Roma C)  
Via Monza, 2 00182 Roma - t +390651008218 - f +390651006582  
e-mail: [formazione.qualita@aslrmc.it](mailto:formazione.qualita@aslrmc.it)

**RICHIESTA RIMBORSO SPESE AGGIORNAMENTO OBBLIGATORIO  
INDIVIDUALE ESTERNO NON PREVISTO NEL PIANO FORMATIVO**  
(partecipazione a seminari, congressi, masters, ecc.)

**ALLEGATO 4**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Responsabile della UOSD Formazione e rapporti con  
l'Università, relativamente alla richiesta di partecipazione del dipendente  
\_\_\_\_\_ all'iniziativa formativa \_\_\_\_\_

dichiara, sulla base degli atti presenti presso la citata UOSD, che il dipendente di cui trattasi (cancellare la voce di  
interesse):

- ha partecipato nel corso del corrente anno ai seguenti Corsi (specificare data e luogo) con spese a carico  
dell'Amministrazione (specificare l'importo complessivo), come di seguito indicato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- non ha partecipato nel corso del corrente anno a Corsi con spese a carico dell'Amministrazione
- ha partecipato nel corso degli anni precedenti (fare riferimento agli ultimi due anni) ai seguenti Corsi (specificare  
data e luogo) con spese a carico dell'Amministrazione (specificare l'importo complessivo), come di seguito  
indicato:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- non ha partecipato nel corso degli anni precedenti (fare riferimento agli ultimi due anni) a Corsi con spese a  
carico dell'Amministrazione

Dichiara inoltre che (cancellare la voce di interesse);

- non sono in previsione in ambito aziendale iniziative formative analoghe a quelle di cui sopra
- sono in previsione in ambito aziendale iniziative analoghe a quelle di cui sopra (specificare sede e data  
presunte) \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA \_\_\_\_\_