

**Mod. 3**

# Azienda Sanitaria Locale

LANCIANO-VASTO-CHIETI

(L.R. 05 / 08)

Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696



**Richiesta di rimborso spese corso di aggiornamento facoltativo da inviarsi a cura del dipendente con allegati in originale**

Spett.le U.O.C.  
Gestione Attività Amministrative dei PP.OO.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dipendente a tempo indeterminato/determinato, con la qualifica di \_\_\_\_\_  
in servizio presso \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ Matricola n° \_\_\_\_\_  
Dipartimento di \_\_\_\_\_ P.O. di \_\_\_\_\_  
Autorizzato a partecipare al corso, come da richiesta effettuata in data \_\_\_\_\_, come da  
delibera di autorizzazione n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

## CHIEDE

Il rimborso delle spese sostenute ed autorizzate per la partecipazione all'evento formativo denominato:

\_\_\_\_\_

Organizzato da: \_\_\_\_\_

tenutosi a \_\_\_\_\_

nel/nei giorno/i \_\_\_\_\_

Alla presente si allega:

- Copia attestato di partecipazione
- Fattura/ricevuta fiscale n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ di € \_\_\_\_\_, quota di partecipazione

**TOTALE SPESE SOSTENUTE** € \_\_\_\_\_

**TOTALE A CARICO DELL'AZIENDA** € \_\_\_\_\_ (40% della quota d'iscrizione)

Chieti \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma dipendente*