**Spett.le**

 **Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione**

 **Formazione Aziendale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Mod. 3*** | **Azienda Sanitaria Locale****LANCIANO-VASTO-CHIETI**(L.R. 05 / 08)Cod. Fisc.Part. IVA 02307130696 | ***LOGO ASL LancianoVastoChieti*** |
| **Richiesta di rimborso spese corso di aggiornamento facoltativo da inviarsi a cura del dipendente con allegati in originale**  |

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*

**Ufficio Formazione : Tel. 0871/358961 -358963 – 358964 – 358732 – 358983 - 357872 Mail:** **formazione@asl2abruzzo.it**