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
Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione
Formazione Aziendale

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