



**Richiesta di verifica disponibilità budget per
aggiornamento obbligatorio alla ssd GoCSS**

CODICE:
063/Mod/24/Rev.0

Si richiede la verifica della disponibilità di budget per la partecipazione, in orario di servizio e con il rimborso del costo di iscrizione, alla seguente iniziativa formativa (**ALLEGARE programma dell'iniziativa formativa**):

N.B. NON è prevista la copertura di budget per la partecipazione a Congressi/Convegni o Master

che si terrà a: _____ nelle seguenti date: _____

del dipendente _____ **n. matricola** _____

con qualifica di: _____ in servizio presso la struttura: _____

centro di costo _____

☐ a tempo determinato ☐ a tempo indeterminato ☐ altro _____

tel. _____ mail aziendale: _____

N.B. Il partecipante si impegna a trasmettere **entro 10 gg.** dalla data della partecipazione all'iniziativa formativa, alla ssd GoCSS, copia dell'**ATTESTATO** di partecipazione al corso (pena il risarcimento della quota).

Data: _____

Il Direttore/Responsabile di Struttura _____

Il Coordinatore di Struttura
(per il personale del comparto) _____

Il Dipendente _____

(A cura della SSD GoCSS)

☐ **Budget disponibile in quanto evento inserito nei bisogni formativi del Dipartimento/Area.**

Segreteria SSD GoCSS _____

Evento NON previsto tra i bisogni formativi del Dipartimento/Area:

☐ Budget disponibile per l'intero importo ☐ Budget disponibile in parte: _____

Per autorizzazione

Il Direttore del Dipartimento* _____

Il Responsabile della SSD GoCSS _____

☐ **Budget NON disponibile**

Il Responsabile della SSD GoCSS _____

Per presa visione

Data: _____ Il Direttore del Dipartimento* _____

*Per le Strutture che non afferiscono ad un Dipartimento firma del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario per competenza.