

Richiesta di aggiornamento facoltativo individuale

LA RICHIESTA DEVE ESSERE COMPLETA IN OGNI SUA PARTE

Compilare, firmare e presentare all'Area Formazione

1. Limite di spesa rimborsabile

L'attività di aggiornamento prevede il rimborso delle spese sostenute dal partecipante?

SI:

NO:

Indicare il limite massimo delle spese rimborsabili: € _____, _____ (l'importo rientra nel budget assegnato alla struttura).

2. Dati del partecipante

Il/la sottoscritto/a

Nato a _____ il (gg/mm/aaaa) _____

Residente in _____

Matricola _____

Dipartimento _____

Struttura Complessa _____

/Struttura Semplice _____

Dipartimentale _____

Indirizzo di lavoro _____

Posizione funzionale _____

Qualifica _____

Telefono _____ e-mail _____

Luogo: _____ Data (g g/mm/aaaa): _____

Nome e cognome del partecipante (in stampatello) _____

Firma (leggibile) _____

3. Dati dell'attività formativa

Titolo e codice ECM: _____

Sede: **NESSUNA SEDE – CORSO FAD SU PIATTAFORMA ONLINE WWW.EBOOKECM.IT**

Data: da (data inizio gg/mm/aaaa) _____ a (data fine gg/mm/aaaa) _____

Durata effettiva dell'attività formativa in ore: _____

Organizzatore: **SO.GE.S. SAS – WWW.EBOOKECM.IT (segreteria organizzativa)**

Se organizzatore esterno, indicare l'indirizzo: **PIAZZA DEFFENU N. 12, 09125 CAGLIARI**

Se organizzatore esterno, indicare il C.F./P.IVA: **01921510929**

Attività ECM? Sì No Se sì, indicare il numero di crediti ECM assegnati: _____

Se attività ECM, indicare la categoria professionale: _____

Allega il programma e le notizie sui contenuti e gli scopi formativi: Sì No

SE NO, NON SARÀ POSSIBILE RIMBORSARE L'AGGIORNAMENTO INDIVIDUALE.

4. Stima di spesa

La spesa complessiva presunta è articolata nel modo seguente:

• Iscrizione:	€	
• Viaggio:	€ 0.00	
• Rimborso uso auto:	€ 0.00	(indicare i KM) 000
• Albergo:	€ 0.00	
• Pasti:	€ 0.00	
• Altre spese:	€ 0.00	
Totale spesa presunta:	€	

Percentuale di rimborso richiesta sul totale delle spese previste: **100 %**