

SPETT.LE DIREZIONE SANITARIA
AOU CAREGGI
LARGO BRAMBILLA,3
50134 FIRENZE

OGGETTO: AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE EVENTI FORMATIVI CON SPONSORIZZAZIONE

Richiesta per il/la Dr.....
Qualifica e Funzione.....
SOD di appartenenza.....
Dipartimento.....

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA E OBIETTIVI DA CONSEGUIRE

DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DEL DIPENDENTE PROPOSTO ALL'EVENTO FORMATIVO

SEDE E QUALIFICAZIONE DELLA ISTITUZIONE DESTINATARIA PROPOSTA PER L'EVENTO FORMATIVO

DATA E PROGRAMMA DELL'EVENTO FORMATIVO

ANALISI DEI COSTI E DEI RIMBORSI PREVENTIVATI: Contributo finalizzato a:

Spese iscrizione

Spese alberghiere

FIRMA DIRETTORE SOD

FIRMA DIRETTORE DAI

FIRMA RID/RTD

FIRMA AUTORIZZAZIONE DIREZIONE SANITARIA
