**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE**

**Riservato alla Direzione Generale**

Il Direttore Generale/Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo,

vista la richiesta, autorizza per la somma di €

Il Direttore

**U.O.S. Formazione**

piazza Igea, 1

97100 RAGUSA

Telefono

0932 234243

**EMAIL**

formazioneecm@asp.rg.it

**WEB**

[www.asp.rg.it](http://www.asp.rg.it/)

www.aspformazione.rg.it



 AL DIRETTORE GENERALE

 SEDE

Oggetto: RICHIESTA DI COMANDO PER AGGIORNAMENTO CON SPESE A CARICO DELL’AZIENDA.

Il sottoscritto nella qualità di

(Direttore Generale - Direttore Sanitario - Direttore Amministrativo - Direttore di Dipartimento - Direttore UOC)

**CHIEDE CHE VENGA AUTORIZZATO/A**

 il dipendente matricola

sede di lavoro recapito e-mail

recapito telefonico cellulare

qualifica

ad un comando retribuito con trattamento di missione per aggiornarsi su\*:

 presso a dal al

 \* ***Come da locandina allegata o disponibile sul sito***:

TABELLA INDENNITA’ DI MISSIONE

Dovuta a nato a il

Qualifica n.° matricola

Partenza il rientro il durata gg.

DESCRIZIONE INDENNITA' DI MISSIONE

(***Le voci non espressamente indicate si ritengono non richieste e quindi non rimborsabili***)

**Tassa iscrizione al corso**: €

**Rimborso spesa per vitto:**

pranzo: n.° x < €.22,26 €

cena: n.° x < €.22,26 €

**Rimborso spesa alberghiera:**

Albergo 3 stelle €

**Rimborso spese di viaggio:**

Aereo €

Treno €

 Mezzi Pubblici €

 TOTALE €

 Autorizzazione all'uso del mezzo **"AEREO"**

 SI NO

In caso di accoglimento della richiesta di comando retribuito si chiede di essere autorizzato all'uso del mezzo proprio per il viaggio da a e ritorno.

Il sottoscritto dipendente inoltre dichiara:

● di essere a conoscenza che il costo della benzina **non** verrà rimborsato

● di esonerare l'ASP di Ragusa da ogni responsabilità per eventuali danni od infortuni derivanti dall'uso del mezzo proprio

● di essere in possesso della patente di guida n.° valida fino al

● di avere assicurato il mezzo proprio di trasporto per le responsabilità civili contro

 terzi.

 **Si fa presente che:**

 **- La presente istanza autorizzata e completa in ogni sua parte deve pervenire**

 ***esclusivamente, pena non accoglimento*, all’indirizzo e-mail** comandi@asp.rg.it

 **almeno 30 gg. prima della data di effettuazione dell'aggiornamento.**

 **- Si fa presente che la proposta pervenuta a questo ufficio priva dell'autorizzazione**

 **rilasciata dalla Direzione Generale o l’inesattezza dei dati o la loro incompletezza**

 **comporteranno l’archiviazione dell’istanza.**

 - **Alla fine del corso il dipendente si impegna a:**

**•) inviare alla U.O.S. Formazione una relazione sulle tematiche affrontate nonché sulle conoscenze acquisite e l’eventuale materiale didattico ricevuto, che saranno pubblicati in una sezione dedicata del sito aziendale della Formazione.**

**•) tenere un evento formativo aperto a tutti, comunicandone la data ed il luogo**

**•) rimanere disponibile all'Azienda per ulteriori incontri formativi sul tema in**

 **qualità di Relatore.**

**- Si fa presente che l'autorizzazione al comando sarà concessa solo ed esclusivamente con l'adozione del relativo Atto deliberativo da parte della Direzione Generale.**

**- L'autorizzazione al comando sarà concessa previa verifica da parte dell'UOS Formazione che il partecipante utilizza periodicamente la Banca dati Aziendale UpToDate, per il quale si può fare riferimento al Referente Aziendale Dott. Rocco Cesare Parisi al seguente indirizzo di posta elettronica: roccocesare.parisi@asp.rg.it.**

**La liquidazione sarà sempre subordinata alla presentazione dell'apposita relazione e del successivo incontro divulgativo.**

Data

F.to IL DIPENDENTE F.to IL DIRETTORE