



**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
IRCCS
DIREZIONE SANITARIA
UFFICIO FORMAZIONE**



REGIONE DEL VENETO

**Mod01-I_FOR_P02
04-07-23**

MODELLO AGGIORNAMENTO

Area Comparto - Area Dirigenza Medica - Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa ai sensi della normativa attualmente in vigore.

AGGIORNAMENTO:

(barrare la casella corrispondente)

OBBLIGATORIO – F/1

FACOLTATIVO – F/2

PRIMA DELLA COMPILAZIONE LEGGERE LE INDICAZIONI RIPORTATE SUL RETRO

Unità Operativa _____

Responsabile Prof./Dott. _____

Cognome e Nome _____ Matricola _____ Tel. Int. _____

Qualifica _____ Rapp. di lavoro: esclusivo non esclusivo

Titolo evento _____

Luogo _____ Date (specificare le mezze giornate) _____

Compilare le tabelle indicando gli importi

ISCRIZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
VIAGGIO CON MEZZO PUBBLICO <i>(utilizzo del taxi solo se preventivamente motivato e autorizzato)</i>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
VITTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
ALLOGGIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	€
NESSUNA SPESA	<input type="checkbox"/> SI		
RICHIESTA ANTICIPO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

TIPOLOGIA DI FONDI	<input type="checkbox"/> ISTITUZIONALI	€	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma uff. formazione
	<input type="checkbox"/> ALTRI FONDI	€ (specificare tipologia: sperimentazioni, progettualità, fondi liberali)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore SC Risorse Umane
	<input type="checkbox"/> FONDI RICERCA	€ (specificare tipologia: RC, 5x1000, ricerca da privati, fondi europei, ricerca finalizzata regionale e ministeriale)	Si attesta disponibilità fondi <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO firma e timbro Direttore Scientifico

È obbligatorio allegare copia del programma del corso

Firma per accettazione del dipendente _____	Firma del Responsabile di Struttura o Coordinatore o del Direttore Competente _____ Data _____
--	--

Richiesta nuova autorizzazione a fronte di spesa di € _____	Firma del Responsabile di Struttura o Coordinatore o del Direttore Competente _____	Firma per attestazione disponibilità del fondo _____
---	---	---



**ISTITUTO ONCOLOGICO VENETO
IRCCS
DIREZIONE SANITARIA
UFFICIO FORMAZIONE**



REGIONE DEL VENETO

**Mod01-I_FOR_P02
04-07-23**

MODELLO AGGIORNAMENTO

INDICAZIONI GENERALI

La richiesta compilata in ogni sua parte deve pervenire all'Ufficio Formazione almeno 8 giorni lavorativi prima della data se non sono previste spese altrimenti 20 giorni lavorativi prima dell'iniziativa o del pagamento di eventuale quota.

NON VERRANNO ACCOLTE RICHIESTE PERVENUTE SUCCESSIVAMENTE ALLO SVOLGIMENTO DEL CORSO.

Prima di partecipare all'evento, il dipendente s'informerà sull'esito della richiesta telefonando all'Ufficio Formazione (int. 5560 – 5298 – 1080- 5899). In caso di mancata partecipazione dovrà disdire l'iscrizione e darne tempestiva comunicazione scritta allo stesso ufficio. Se l'iniziativa formativa comporta spese, il dipendente può contattare l'ufficio per tutte le informazioni di carattere economico relative alla richiesta. Concluso l'aggiornamento, il dipendente dovrà inviare all'ufficio l'apposito modulo compilato, allegandovi i giustificativi di spesa (fatture, ricevute e/o scontrini) in originale e l'attestato di partecipazione in fotocopia.

N.B.:

- il rimborso del biglietto aereo è subordinato alla presentazione del **biglietto completo di carta d'imbarco**.
- Il partecipante dovrà provvedere autonomamente al pagamento della **quota di iscrizione** facendo intestare la fattura a se stesso la quale verrà poi interamente rimborsata.

ATTENZIONE

⇒ LA **MANCATA CONSEGNA DELL'ATTESTATO** A QUESTO UFFICIO COMPORTERÀ IL **NON RICONOSCIMENTO DEL CORSO**.