



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
Sede legale: Via G. Cusmano, 24
90141 PALERMO
C.F. e P. IVA 05841760829

Direzione Generale

U. O. Formazione

Via Pindemonte, 88

90100 – Palermo

Telefono 091 7034391

Fax 091 7034020

formazione@asppalermo.org

www.asppalermo.org

Prot. n. _____

Palermo, _____

RICHIESTA FORMAZIONE ESTERNA

Il / La Sottoscritto/a _____ qualifica _____

matricola n. _____ in servizio presso _____

Tel _____ Fax _____ Tel.no _____ email _____

CHIEDE

di essere autorizzato/a a partecipare alla seguente iniziativa

che si svolgerà a dal al

Relazione sintetica sugli obiettivi

.....

.....

.....

Costi presunti:

Quota iscrizione € _____ sì no

Spese Trasporto € _____ sì no

Vitto € _____ sì no

Pernottamento € _____ sì no

Dichiarazione di responsabilità:

Il / La Sottoscritto/a dichiara:

- di aver preso visione del “Codice di comportamento dei dipendenti dell’A.S.P. Palermo”, pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente/Disposizioni generali/AntiCorruzione” del sito istituzionale dell’Ente;
- di accettare gli obblighi di condotta contenuti nel Codice di comportamento sopra richiamato;
- di essere a conoscenza del fatto che l’inosservanza dei suddetti obblighi comporta l’irrogazione di sanzioni disciplinari;
- che non ha rapporti di collaborazione/appartenenza ed interessi finanziari di cui agli artt. 5 e 6 del D.P.R. n. 62/2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici) con il soggetto formatore.

Data _____

Firma Richiedente

Parere del Direttore dell'U.O. di appartenenza

Favorevole

Non favorevole

Motivazione : _____

Data _____

Timbro e Firma _____

Parere del Direttore della Macrostruttura di appartenenza

Favorevole

Non favorevole

Motivazione : _____

Data _____

Timbro e Firma _____

DECISIONE

U.O. Formazione

Calcolo costi massimi presunti :

Quota iscrizione	€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Viaggio raggiungimento sede	€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Mezzi trasporto pubblico	€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Vitto	€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Pernottamento	€ _____	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Firma Responsabile U.O. Formazione

Direttore Amministrativo

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Palermo _____

Timbro e firma _____

Direttore Generale

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Palermo _____

Timbro e firma _____

Direttore Sanitario

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Palermo _____

Timbro e firma _____