



REGIONE SICILIANA  
AZIENDA OSPEDALIERA PAPARDO  
UFFICIO FORMAZIONE e AGGIORNAMENTO

**RICHIESTA DI AGGIORNAMENTO FACOLTATIVO FUORI SEDE**

**All' U.O. Formazione**

Si comunica che **il dipendente** \_\_\_\_\_ matricola \_\_\_\_\_

Profilo Professionale \_\_\_\_\_

è stato individuato a partecipare in regime di aggiornamento facoltativo fuori sede alla frequenza de corso:

**Titolo** \_\_\_\_\_

**Sede** \_\_\_\_\_

**Data:** da (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ a (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Tempo dedicato in ore \_\_\_\_\_

**Costo del corso** \_\_\_\_\_

La fatturazione (fattura non quietanza) della quota di iscrizione deve essere intestata **all'Azienda Ospedaliera Papardo, Contr. Papardo – 98158 Messina – CF e part- IVA 03051880833** e sia emessa senza l'imposta sul valore aggiunto in base al DPR 633/72 e alla L.537/93 art. 14 comma 10.- **Codice Univoco: UFSD79**

Data \_\_\_\_\_

Il Direttore dell'Unità Operativa

Il Direttore di Dipartimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Area riservata all'UO Formazione**

Responsabile UO Formazione

\_\_\_\_\_

Direttore Sanitario/Amministrativo

\_\_\_\_\_