

**ALLEGATO B**

**Partecipazione corso aggiornamento obbligatorio.**

Il Responsabile del Dipartimento e/o Servizio \_\_\_\_\_

chiede che il proprio collaboratore \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

possa partecipare con l'istituto del comando al seguente corso: \_\_

\_\_\_\_\_

che si terrà in località \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

per i motivi seguenti:

a) Utilità rispetto agli obiettivi del Dipartimento/U.O./Servizio:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Trasferibilità al contesto operativo attuale e in un'ottica di sviluppo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si allega programma con evidenziati i relativi costi.

Le spese relative alla partecipazione al corso sono

- ❖ A CARICO DELL'AZIENDA
- ❖ A CARICO DI ALTRI ENTI AUTORIZZATI DALL'AZIENDA

RIEPILOGO DELLE SPESE DI CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO	PREVISIONE DEI COSTI
QUOTA DI ISCRIZIONE	
SPESE ALBERGHIERE	
SPESE DI VIAGGIO	

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA e Timbro del Responsabile del Dipartimento e/o Servizio \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE DEL RESPONSABILE DEL SERVIZIO FORMAZIONE:

In riferimento alla richiesta relativa alla frequenza con l'istituto del comando per il/la sig./sig.ra ..... , si comunica che:

- è stato/a autorizzato/a relativamente alla sola quota di iscrizione come da regolamento aziendale;.....
- è stato/a autorizzato/a relativamente al solo rimborso spese di viaggio e soggiorno come da regolamento aziendale; .....
- è stato/a autorizzato/a sia per la quota di iscrizione sia per il rimborso spese di viaggio e soggiorno come da regolamento aziendale; .....
- NON è stato/a autorizzato/a .....

### PRESCRIZIONI PER CHI E' STATO AUTORIZZATO

Sarà cura della S.V. provvedere alla relativa iscrizione comunicando i seguenti dati qualora il pagamento venga effettuato direttamente dall'Azienda per l'importo autorizzato: **Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria 2, Viale Bramante 37 - 05100 Terni p.iva/c.f. 01499590550 Servizio Formazione, Comunicazione Relazioni Esterne. Si richiede esenzione Iva art. 10 DPR 633/72. Per la fatturazione elettronica il codice ufficio inerente alla UsiUmbria2 è Y0BN4H.**

Si comunica che in ottemperanza a quanto previsto dal DECRETO 7 dicembre 2018, come modificato e integrato dal d.m. 27 dicembre 2019 «Modalità e tempi per l'attuazione delle disposizioni in materia di emissione e trasmissione dei documenti attestanti l'ordinazione degli acquisti di beni e servizi effettuata in forma elettronica da applicarsi agli enti del Servizio sanitario nazionale». (20A00236) (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2020), le fatture in liquidazione emesse a seguito di invio elettronico NSO dell'ordine contabile dovranno riportare obbligatoriamente:

Identificativo ordine di acquisto:9500...../B0P

Data ordine di acquisto: .....

Codice Identificativo Gara: Smart CIG o esente

Codice commessa/convenzione : Codice Ipa Y0BN4H

Le fatture mancanti anche di uno dei dati suindicati verranno respinte.

Si invita la Società organizzatrice l'evento a comunicare alla USLUMBRIA2 il proprio indirizzo NSO o PEPPOL o PEC a [accreditamento.nso@uslumbria2.it](mailto:accreditamento.nso@uslumbria2.it) [sabrina.paggi@uslumbria2.it](mailto:sabrina.paggi@uslumbria2.it) per l'aggiornamento dell'anagrafica se già fornitore o a contattare l'ufficio amministrativo del Servizio Formazione, Sabrina Paggi, tel. 0742/339674 indirizzo mail [sabrina.paggi@uslumbria2.it](mailto:sabrina.paggi@uslumbria2.it) qualora non presenti in anagrafica per la procedura di inserimento e per ogni eventuale chiarimento e necessità. Non è possibile procedere alla liquidazione e successivo pagamento di fatture non conformi a quanto indicato.

Qualora, invece, la quota di iscrizione venga pagata autonomamente la S.V. dovrà trasmettere la relativa documentazione (**intestata a proprio nome**) al Servizio Amm/ne del Personale per il rimborso che non comprenderà l'eventuale Iva erogata allegando la presente autorizzazione.

Per il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno autorizzate, che dovranno essere anticipate dalla S.V., provvederà il Servizio Amm/ne del Personale sede di Spoleto dietro presentazione delle relative ricevute allegando la presente autorizzazione.



**Copia della presente dovrà essere necessariamente trasmessa al Servizio Amm/ne del Personale per il rimborso delle spese effettuate ed autorizzate e all'ufficio presenze documentando l'effettiva partecipazione.**

Sarà cura della S.V. documentare alla scrivente, con una breve relazione, gli obiettivi raggiunti e/o l'eventuale attività aziendale che verrà attivata o implementata a seguito della partecipazione.

**Il Responsabile del Servizio Formazione,  
Comunicazione e Relazioni Esterne  
Dott. Alessandro Francia**