

 RESIDÈNCIES SIGMA SALUT	RESIDÈNCIES SIGMASALUD	
	PLA DE FORMACIO	
	SOL.LICITUD DE FINANÇAMENT PER A FORMACIO	
Revisió:	CODI:	Full 1

El sotasignat, responsable de formació del Departament de _____ sol·licita al responsable de Formació que es portin a terme els tràmits administratius adients perquè el Dr/a, Sr./a _____ rebi l'ajut de _____ € (euros), en concepte de:

☐ **Assistència a cursos, congressos, jornades, ...**

(Especificar nom del curs, jornada, congrés, etc...) i DATES I HORARI PER AJUSTAR AGENDA

(Cal adjuntar fotocòpia del programa, butlleta d'inscripció, comprovant d'acceptació si s'escau i justificar amb originals altres despeses relacionades)

☐ **Altres (especificar)**

(Cal adjuntar la documentació corresponent) DATES I HORARI PER AJUSTAR AGENDA

Signatura
Sol·licitant

Responsable
Departament

Responsable
de Formació

_____/_____/_____
_____/_____/_____

_____/_____/_____