**D ata sol·licitud \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_**

**SO L·LICITUD ASSISTÈNCIA ACTIVITAT DE FO RM ACIÓ**

**DADES DEL PROFESSIONAL**

Nom i cognoms

Categoria professional

Àmbit assistencial Servei/Unitat

**IDENTIFICACIÓ ACTIVITAT FORMATIVA**

**Títol**

**Dates Horari**

**Total hores Lloc Impartició**

**Centre organitzador**

**TIPUS ACTIVITAT FORMATIVA**

**Curs intern ☐ Curs extern ☐ Estades ☐ Jornada / Congrés\* ☐ Altres ☐**

**(\*)En cas de Jornada/Congrés, triar tipus de presentació:**

**Treball ☐ Ponència ☐ Pòster ☐**

**SOL·LICITUD DE FINANÇAMENT**

**Matrícula / Inscripció € Transport € Dietes €**

**Quantitat total autoritzada (1) € (Triar opció de pagament A o B)**

1. **Pagament per part de BSA al centre de formació ☐**
2. **Pagament per part de BSA al professional ☐**

**Indicar dades del beneficiari:**

**Raó social del centre de formació / Nom i Cognoms del Professional:**

**IBAN per la transferència (Núm c.c.)**

**HORES DE FORMACIÓ**

**Dins horari ☐ Total hores Requereix suplència: Sí ☐ No ☐**

**Fora horari ☐ Total hores**

**Vist i plau Comandament (Signar)**

**Nom i cognoms:**

**Vist i plau Direcció (Signar)**

**Nom i cognoms:**

**Vist i plau Dir. Persones (Signar)**

**Nom i cognoms:**

**Compte comptable (3)**

**(1) Omplir comandament Compte comptable**

**(2) Omplir comandament**

**(3) Omplir RRHH**

**(4) Omplir RRHH**

**Centre Cost (4)**