**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) **