

Data sol·licitud __/__/____

SOL·LICITUD ASSISTÈNCIA ACTIVITAT DE FORMACIÓ**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 FORMATIVACurs 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)

A. Pagament per part de BSA al centre de formació ☐B. 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 FORMACIÓDins horari ☐

Total hores

Requereix suplència: Sí ☐ No ☐Fora horari ☐

Total hores

Vist i plau Comandament (Signar)

Vist i plau Direcció (Signar)

Vist i plau Dir. Persones (Signar)

Nom i cognoms:

Nom i coanoms:

Nom i cognoms:

(1) Omplir comandament Compte comptable
(2) Omplir comandament
(3) Omplir RRHH
(4) Omplir RRHH

Compte comptable (3)

Centre Cost (4)