

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                      |                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br/>EMILIA-ROMAGNA<br/>Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna</p> | <b>Proposta di impegno di spesa di<br/>Tirocinio Formativo e di<br/>Orientamento</b> | <i>Dipartimento Salute Mentale e<br/>Dipendenze Patologiche</i><br><br><b>Allegato 3 alla Procedura<br/>P06DSM-DP</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

UO .....

Prot. n. .... del .....

- TiFO Osservativo  
 TiFO Finalizzato

**Al Responsabile UOC/UOSD**

Dott. ....

- Nuova                       Rinnovo

**Proposta di Impegno di spesa di Tirocinio Formativo e di Orientamento a favore di:**

Cognome ..... Nome .....

Nato/a il .....a..... Residente a.....

in via ..... n. .... tel. ....

Domiciliato a ..... in via ..... n. .... tel.....

Codice fiscale .....

Presso Ente/Impresa/Cooperativa:

Sede legale: .....

Sede operativa: .....

Periodo dal ..... al .....

**Giorni settimanali**

**Tot. Ore settimanali**

Totale monte ore per l'intero periodo:

Indennità di presenza oraria: €.....

Si propone di registrare la spesa presunta di €. .... al CDC .....

Conto Economico 4.11.17.500 "Borse lavoro" – F.P. ....

Budget anno .....  Area Sanitaria     Area Sociale

L'operatore referente del caso:.....

**L'Operatore responsabile del procedimento**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)

**Visto si autorizza  
Il Responsabile UOC/UOSD**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma)