**SOL·LICITUD DE FINANÇAMENT ACTIVITAT FORMATIVA EXTERNA**

**DIRECTOR/RESPONSABLE DEL DPT/SERVEI/UNITAT:**

|  |
| --- |
| Responsable/Director de Unitat/Servei:  Dpt. / Centre / Servei: |

**PERSONAL QUE ASSISTIRÀ:**

|  |
| --- |
| Cognoms, nom(s): |
| DNI:  Ext. |

**ACTIVIDAD FORMATIVA:**

|  |
| --- |
| Denominació:  Horas:  Administració/Centre/Institució:  Pública Privada  Import matrícula:  Data de desenvolupament de l’activitat:  Motivació: |

|  |
| --- |
| *Directora/Responsable Interessada*  **Signat Signat** |

|  |
| --- |
| **AUTORIZACIÓ DE LA SOL·LICITUD DE FINANÇAMENT:** Examinada l’anterior petició, s’autoriza el dit finançament per part de la Gerència.  Elx a       de       de 20  **Signat Gerència** |
| **DENEGACIÓ DE LA SOL·LICITUD DE FINANÇAMENT:** Examinada l’anterior petició, es denega el dit finançament per part de la Gerència, pels següents motius:    Elx a       de       de 20      **Signat Gerència** |