 <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p>	<h1>MISSIONI</h1>	<p>Modello F</p> <p>Pag. 1/2</p>
---	-------------------	---

**MACROVOCE: MISSIONI
(MODELLO F)**

ALLA GESTIONE DEL PERSONALE

OGGETTO: RIMBORSO SPESE DI VIAGGIO PER MISSIONE

Dipendente _____
 qualifica _____ cat. _____ Matr. N. _____
 in servizio presso _____ residenza _____

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA PER MISSIONI FUORI SEDE

Si autorizza il dipendente sopra indicato a recarsi a

il _____ per _____
 il _____ per _____
 il _____ per _____
 il _____ per _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO (timbro e firma)

AUTORIZZAZIONE SOLO PER USO DEL MEZZO PROPRIO

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge il dipendente suindicato è autorizzato a fare uso della propria autovettura nei seguenti giorni:

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO (timbro e firma) _____

DICHIARAZIONE DI ESONERO DI RESPONSABILITÀ¹ PER GUIDA DI MEZZO PROPRIO


[I sottoscritto: _____ dichiara di esonerare la ASP di Reggio Calabria da ogni eventuale responsabilità in ordine all'uso del proprio mezzo. Luogo e data _____

IL RICHIEDENTE (firma) _____

ITINERARIO PERCORSO	PARTENZA		RITORNO		DURATA		KM.	MEZZO USATO (Proprio, pubblico, ente)
	GIORNO/ MESE	ORA	GIORNO/MESE	ORA	ORA	ORA		
TOTALI								

IL RI CHIEDENTE dichiara che le missioni riportate nel presente prospetto sono state regolarmente eseguite come sopra esposto (firmi) _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO effettuati i dovuti riscontri conferma la regolarità di quanto sopra indicato (timbro e firma) _____

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE</p> <p>DEPARTMENTO Tutela della Salute e Politiche Sanitarie</p> <p>AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE REGGIO CALABRIA</p> <p>REGIONE CALABRIA</p>	<h1>MISSIONI</h1>	<p>Modello F</p> <p>Pag. 2/2</p>
--	-------------------	---

MACROVOCE: MISSIONI (MODELLO F)

DATA	LUOGO EMOTIVO DELLA MISSIONE (esporre più dettagliatamente e nel caso di visite domiciliari o ispettoriali indicare esattamente località e nominativi delle persone o ditte)

Il/la sottoscritto/a _____

dichiara svito la propria responsabilità :

- che ha/non ha usufruito di vitto e/o alloggio gratuito;
- che nei giorni sopra indicati non è stato/a in altre località e che il numero dei Km. riportati nel prospetto sul frontespizio corrisponde esattamente ai km. effettivamente percorsi con mezzo proprio per effettuare le prestazioni sopra indicate.

Luogo e data _____ IL RICHIEDENTE (firma) _____

VISTO: - per la convalida della durata delle missioni esposte;

- per la conferma della distanza chilometrica esposta;
- per la conferma della regolarità di ogni altro elemento indicato nella nota di missione Si avvia a liquidazione, riscontrata spettante.

Luogo e data _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO (timbro e firma)

PROSPETTO DI LIQUIDAZIONE

Indennità chilometrica: Km. ad €	€
Viaggio compiuto con mezzo fornito dalla ASL: . Km. ad €	€
Rimborso spese di viaggio	€
Pernottamento	€
Vitto	€
TOTAL	€
E	

IL LIQUIDATORE

IL RICHIEDENTE (firma per quietanza) _____