

	SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE Settore Economico 0173/316.523-520	Codice procedimento: 30/PERS
		Termine per provvedere: 90 gg dalla richiesta
		Codice titolario: I.3.02.02

Ulteriori informazioni su: <http://www.aslcn2.it/azienda-asl-cn2/amministrazione-trasparente/attivita-e-procedimenti/tipologie-di-procedimento/>
Tabelle procedimenti ad istanza di parte – procedimenti amministrativi ad istanza di parte – 01 Personale

AUTORIZZAZIONE DI MISSIONE / RIMBORSO CHILOMETRICO

Si dispone l'invio in missione del dipendente:

..... (cognome e nome) (matricola) (qualifica)

il/i giorno/i presso (ente)

..... (località) per (motivazione)

con uso di mezzo (barrare la casella): Proprio Dell'Ente Gratuito Pubblico

Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S.
(timbro e firma)

Alba/Bra, li

(Da compilare solo per uso mezzo proprio)	Il sottoscritto chiede l'autorizzazione all'uso del proprio mezzo in quanto: (barrare la lettera con la motivazione interessata)
	a) mancanza di disponibilità di automezzo aziendale con contestuale mancanza o inadeguatezza dei mezzi pubblici; b) la missione prevede nello stesso giorno il trasferimento in più sedi; c) se a seguito dell'impiego di mezzo proprio, si evita un pernottamento; d) in presenza del presupposto a) è necessario il trasporto di materiale ingombrante e/o delicato indispensabile per la missione; e) disabilità fisica del conducente con oggettiva impossibilità di fruire di un'auto di servizio.
	Alba/Bra, li (il dipendente) _____
	VISTO: si autorizza l'uso del mezzo proprio. Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S. (timbro e firma) _____
NB: solo in caso di viaggi effettuati in più date è necessario compilare e consegnare anche il modulo allegato	

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA MISSIONE

Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità che la missione è

iniziata il giorno alle ore

ha avuto termine il giorno alle ore

e che i chilometri percorsi sono stati in totale n. _____

Allega i documenti in originale, comprovanti le spese sostenute, delle quali richiede il rimborso.

Alba/Bra, li

_____ (il dipendente)

VISTO: si convalida quanto dichiarato sopra dal dipendente

Il Direttore / Responsabile S.C. / S.S.
(timbro e firma)
