	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 TRASFERITA /SERVIZIO FUORI SEDE

Si dispone l'invio in trasferta/servizio fuori sede del dipendente:

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

il/i giorno/i presso
(entente)

..... per
(località) (motivazione)

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

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

Data

(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) se a seguito dell'impiego di mezzo proprio, si evita un pernottamento; c) in presenza del presupposto a) è necessario il trasporto di materiale ingombrante e/o delicato indispensabile per la trasferta/il servizio fuori sede; d) disabilità fisica del conducente con oggettiva impossibilità di fruire di un'auto di servizio.
	Data (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 TRASFERITA/SERVIZIO FUORI SEDE

Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità che la trasferta/il servizio fuori sede è

iniziata/o il giorno alle ore

ha avuto termine il giorno alle ore

e che i chilometri percorsi sono stati in totale n.

da (barrare la casella) ☐ abituale dimora ☐ sede lavoro


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

Data

(il dipendente)

VISTO: si convalida quanto dichiarato sopra dal dipendente

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

	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

(Allegato)

ELENCO VIAGGI EFFETTUATI CON AUTO PROPRIA

NEL MESE DI _____

DIPENDENTE _____ N. MATRICOLA _____

SERVIZIO _____ Tel. _____

DATA	PERCORSO (specificare luogo di partenza e tragitto)	MOTIVAZIONE	KM	MOTIVAZIONE a – b – c – d

TOTALE Km. _____

Della veridicità del chilometraggio è responsabile a tutti gli effetti di legge, il DIPENDENTE.

(firma) _____

Il Responsabile del Servizio convalida quanto dichiarato sopra dal dipendente.

Data _____

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