

	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 TRASFERTA /SERVIZIO FUORI SEDE

Si dispone l'invio in trasferta/servizio fuori sede 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)

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 TRASFERTA/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/>
Tabella 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 _____

N. MATRICOLA

SERVIZIO _____ Tel. _____

Tel. _____

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)