



**Al Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale
Sede di Imola**

MISSIONI FUORI AREA METROPOLITANA BOLOGNESE (MENSILE)

Il/la dipendente _____

qualifica _____ matr. n. _____

con residenza/domicilio abituale nel comune di _____

in servizio presso _____ dell'**Azienda USL di Imola**

Comune **sede di servizio:**

Imola Borgo Tossignano Castel S. Pietro Fontanelice Medicina _____

E' AUTORIZZATO

Nel mese di _____ a recarsi in missione per esigenze di servizio nella/e date e località di seguito indicate:

M	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto
M1	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M2	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M3	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M4	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M5	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M6	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M7	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG

LEGENDA mezzi di trasporto: **MP** mezzo pubblico **AU** automezzo A.U.S.L. **AP** mezzo proprio con diritto al rimborso
C collega **D** altri **AG** mezzo proprio senza diritto al rimborso dell'indennità chilometrica ma con copertura assicurativa

Li, _____

Firma del dipendente _____

Firma del Responsabile per autorizzazione _____

MOTIVAZIONE DELL'USO DEL MEZZO PROPRIO

<input type="checkbox"/> L'attività oggetto della trasferta ha natura tecnica di ispezione, controllo, verifica amministrativo-contabile
<input type="checkbox"/> l'attività da svolgere riveste carattere di emergenza, urgenza, indifferibilità o comunque consiste in un servizio assistenziale
<input type="checkbox"/> le attività risultano volte a garantire i servizi necessari di carattere sociale e sanitario
<input type="checkbox"/> i servizi pubblici di trasporto sono assenti o gravemente carenti (comprende anche i casi di orari assolutamente non compatibili con l'orario di inizio/fine attività)
<input type="checkbox"/> l'attività da svolgere richiede necessariamente il trasporto di materiale o attrezzature ingombranti o pesanti o fragili in dotazione all'interessato
<input type="checkbox"/> risulta economicamente più conveniente per l'AUSL in relazione al raffronto fra costo biglietto/mezzo pubblico, indennità chilometrica ed eventuali passeggeri trasportati (indicare nome colleghi trasportati)

(DA COMPILARE A CURA DEL DIPENDENTE AL RIENTRO DALLA MISSIONE)

ORARI DI MISSIONE E SPESE

<i>Io sottoscritto dichiaro che il tempo impiegato per l'attività lavorativa ed il viaggio è stato il seguente:</i>							
Missione (data)	Tempo dedicato all'attività	Pausa pranzo		ANDATA Ora partenza	ANDATA ora arrivo	RITORNO Ora partenza	RITORNO ora arrivo
M1-							
M2-							
M3-							
M4-							
M5-							
M6-							
M7-							
Dichiaro di aver sostenuto le seguenti spese, di cui allego documentazione IN ORIGINALE							
Mezzo pubblico	Auto Propria(*)	Pedaggio autostrada	pasto	altro			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Targa		<input type="checkbox"/>				

(*) ai fini del rimborso dell'indennità chilometrica è necessario indicare il n. di targa nell'apposita sezione

Li, _____

Firma del dipendente _____

Firma del Responsabile per validazione _____

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO LIQUIDATORE

cod.3105	Ind. chilometrica (€ x Km)		€
	Rimborso spese autobus, treno	€	
	Pedaggio autostradale	€	
	Rimborso spese pasti	€	
	Rimborso spese varie	€	
cod.3102	TOTALE (rimborso spese)		€
	TOTALE		€

L'addetto _____