



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

MISSIONI FUORI AREA METROPOLITANA BOLOGNESE

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

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

Data inizio _____	Data fine _____	Località/Comune _____
presso Ente _____		Motivazione _____
con utilizzo del seguente mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> automezzo di proprietà dell'A.U.S.L. <input type="checkbox"/> mezzo pubblico: treno, autobus <input type="checkbox"/> Collega <input type="checkbox"/> Altri (specificare quali: _____)		<input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ e con diritto al rimborso per le motivazioni indicate nella apposita sezione <input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ senza diritto al rimborso dell'indennità chilometrica, in quanto non rientrante nelle casistiche indicate nella apposita sezione, ma con copertura assicurativa
Autorizzazione all'uso di <input type="checkbox"/> taxi <input type="checkbox"/> nave <input type="checkbox"/> aereo <input type="checkbox"/> altri _____		L'autorizzazione ha carattere eccezionale per la seguente motivazione: _____
Il dipendente chiede l'anticipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (NB: nel limite del 75% della spesa prevista e comunque se non inferiore a € 100)		Anticipo corrisposto € _____ nel mese _____ (l'addetto) _____

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 il viaggio è stato il seguente:</i>							
<i>Tempo dedicato all'attività lavorativa</i>	<i>Pausa pranzo</i>		<i>ANDATA Ora partenza</i>	<i>ANDATA Ora arrivo</i>	<i>RITORNO ora partenza</i>	<i>RITORNO ora arrivo</i>	
<i>Dichiaro inoltre di aver sostenuto le seguenti spese, di cui allego documentazione IN ORIGINALE</i>							
<i>Mezzo pubblico</i>	<i>Auto Propria(*)</i>	<i>Pedaggio autostrada</i>	<i>pasti</i>	<i>pernottamento</i>	<i>altro</i>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (recupero anticipo € _____)	€	

L'addetto _____