



Alla SOC Politiche del Personale e AA.GG.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente/domiciliato a \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ dipendente con sede di servizio presso \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere AUTORIZZATO/A ad andare in trasferta nelle località e nei giorni indicati sul retro utilizzando:

- Automezzo di proprietà dell'Azienda Sanitaria;
- Trasporto pubblico \_\_\_\_\_;
- Altri mezzi \_\_\_\_\_;
- Mezzo proprio per:
  - "attività di vigilanza e ispezione";
  - attività di "erogazione di carattere sanitario-sociale-assistenziale";
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_

**DICHIARA (nel caso di utilizzo del mezzo proprio)**

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci:

1. che utilizzerà il veicolo tipo \_\_\_\_\_ modello \_\_\_\_\_  
alimentazione \_\_\_\_\_ targa \_\_\_\_\_
2. di essere in possesso di patente di guida in corso di validità;
3. che l'autovettura sub1) è coperta da assicurazione per la responsabilità civile verso terzi;
4. che sussistono le condizioni previste dal Regolamento Aziendale sulle trasferte per l'utilizzo del mezzo proprio.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'AUTORIZZAZIONE OBBLIGATORIA DEL RESPONSABILE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, responsabile della struttura \_\_\_\_\_, valutata la motivazione della trasferta, la località, la distanza intercorrente e la convenienza economica, esprime parere favorevole.

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile S.O.  
\_\_\_\_\_

Il sig./La sig.ra sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara sotto la propria responsabilità di essere partito e rientrato in sede nelle ore e nei giorni sotto indicati e di non aver fruito di vitto e alloggio gratuiti:

MESE DI: \_\_\_\_\_ -ANNO: \_\_\_\_\_

DATA	LOCALITA'		MOTIVO	DALLE ORE	ALLE ORE	MEZZO USATO	KM
	DA	A					

**Spese documentate**

Mezzi pubblici	
Pasti	
Pernottamento	
Pedaggi autostradali	
Parcheggi	
Altre spese	

Data \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

**Parte riservata all'autorizzazione obbligatoria del responsabile**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, valutata la documentazione presentata, esprime parere favorevole alla liquidazione delle spese

Data \_\_\_\_\_

Il Responsabile S.O. \_\_\_\_\_