



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

U.O. / Ufficio

TABELLA LIQUIDAZIONE TRATTAMENTO DI TRASFERTA

Dipendente _____ Nato il _____
Qualifica _____ Matricola _____
In servizio c/o _____ Sede di Lavoro _____
Destinazione _____ Periodo (mese /anno) _____
Motivazione _____
Autorizzazione _____

1- Rimborso spese di viaggio (come da uniti biglietti)

a) Per ferrovia € _____
b) Supplemento per treni rapidi o speciali € _____
c) Altri servizi di linea o mezzi pubblici € _____
d) Aereo € _____
Totale € _____

2- Rimborso spese di soggiorno (come da unite fatture)

Num. giorni _____ Num. pasti (pranzo e cena) _____
a) Albergo (massimo 4 stelle) € _____
b) Pasti (rimborso massimo per un pasto € 22,25) € _____
Totale € _____

3- Altri rimborsi

a) Iscrizione Corso € _____
b) Vari (bus, metro, no taxi) € _____
Totale € _____

4- Indennità chilometrica per viaggi con la propria autovettura (come da unita autorizzazione)

Servendosi del seguente mezzo _____ targato _____
km effettuati _____ per € _____
Totale € _____

TOTALE DA LIQUIDARE (1+2+3+4) € _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445)

Il/ La sottoscritto/ a _____ Nato a _____

Il _____ residente a _____ in Via _____

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

Dichiara

Sotto la propria responsabilità che le trasferte espresse nella presente tabella hanno avuto inizio e termine nei giorni e nelle ore indicate e che l'itinerario è quello effettivamente percorso con l'uso della propria autovettura.

....., li

.....

(firma leggibile)

Il Direttore Responsabile U.O. convalida le ore di inizio e termine delle trasferte, il numero dei chilometri sopra indicati e ne dispone la liquidazione ed il pagamento.

Il Direttore / Responsabile

.....

(Timbro e firma leggibile)



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO**



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

U.O. / Ufficio

Addì, li _____

Al Dipendente Sig. _____
(Cognome e nome)

(Qualifica)

OGGETTO:

Si dispone l'invio in trasferta della S.V.:

per il giorno del mese anno

località

motivi

Per la circostanza alla S.V. compete il rimborso delle spese sostenute nei termini previsti delle vigenti norme in materia.

..... li

Il Responsabile del Servizio
(Timbro e firma leggibile)

.....

Autorizzazione uso mezzo proprio

Il /La Sottoscritto/a chiede di essere autorizzato ad effettuare la trasferta di cui sopra con il mezzo proprio, esonerando da ogni responsabilità l'Amministrazione dell'Azienda Sanitaria Provinciale.

..... li

Il Dipendente

.....

Il Direttore / Il Responsabile

Dichiara che l'U.O. / Ufficio / Servizio:

- E' sprovvista di mezzo di trasporto / auto;
- E' in dotazione una macchina ma nel periodo sopra indicato non è disponibile;

Visto: Si autorizza l'uso del mezzo proprio _____ targato _____.

Totale Km _____ effettuati.

Il Responsabile del Servizio
(Timbro e firma leggibile)

.....