



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO 2)

(STRUTTURA DI APPARTENENZA)

RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE

Il/La dipendente _____ nato/a il _____ a. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____
Codice fiscale _____ matr. _____ Ruolo _____ Qualifica _____
_____ in servizio presso _____

CHIEDE

Di essere autorizzato/a a recarsi in missione a _____ il
giorno _____ o dal _____ al _____ per compiti d'istituto e/o per i seguenti
motivi _____
servendosi del mezzo aziendale/mezzo proprio/aereo/ _____

Firma del Richiedente

.....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO

C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO 6)

(Struttura di appartenenza)

SCHEDA INDENNITA' CHILOMETRICA UTILIZZO MEZZO PROPRIO

Il/La dipendente _____ nato/a il _____ a. _____

in servizio presso _____

con la qualifica di _____ dichiara sotto la

propria responsabilità di avere utilizzato l'autovettura marca _____

modello _____ targata _____ per i seguenti spostamenti:

DATA	ITINERARIO	ANDATA KM.	RITORNO KM.	TOTALE KM.

Totale km. Percorsi _____

Indennità chilometrica 1/5 € _____

Importo totale € _____

Data

Firma del Richiedente

Visto
Si autorizza
Timbro e Firma del Dirigente

N.B. = Allegare Dichiarazione Liberatoria

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____

(STRUTTURA DI APPARTENENZA)

ALLEGATO 3)

RICHIESTA ANTICIPO

Il/La
 dipendente _____ Via/Piazza _____
 n° _____
 Codice fiscale _____ matr. _____ Ruolo _____ Qualifica _____
 _____ in servizio presso _____
 In missione a _____ dal _____ al _____ Tot. gg _____
 Disposizione di servizio prot. n° _____ del _____
 Centro di Costo _____
 Conto economico _____

N° Conto di Contabilità Generale _____

Viaggio

_____ pari a € _____

Alloggio

_____ pari a € _____

Vitto:

Pranzi n° _____ giorni: _____ pari a € _____

Cene n° _____ giorni: _____ pari a € _____

Anticipo sulle spese di vitto ed alloggio:

(Alloggio) € _____

(Vitto) € _____

Anticipo sulle spese di viaggio:

(Spese di Viaggio) € _____

TOTALE ANTICIPO € _____

Il sottoscritto si impegna a provvedere entro 7 giorni dal termine della missione alla rendicontazione della stessa al Dipartimento/Distretto di appartenenza che provvederà alla redazione della determina di liquidazione.

Il dipendente

Palermo, _____

SI AUTORIZZA L'ANTICIPO
 II DIRETTORE

(_____)

AUTORIZZAZIONE Prot. n° _____ del _____

Per ricevuta della somma di € _____
 (a lettere) _____

Firmato _____

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO 1)

(STRUTTURA DI APPARTENENZA)

AUTORIZZAZIONE ALLA MISSIONE

Il/La dipendente _____ nato/a il _____ a. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____ matr. _____ Ruolo _____ Qualifica _____

_____ Servizio di appartenenza _____

E' COMANDATO/A

A recarsi in missione a _____ presso _____ il

Giorno _____ per i compiti d'istituto e per i seguenti motivi _____

servendosi del mezzo aziendale/mezzo proprio/aereo/ _____

Visto Responsabile U.O.
Timbro e Firma

.....

Timbro e Firma di autorizzazione

.....

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

ALLEGATO 4)

(STRUTTURA DI APPARTENENZA)

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA MISSIONE CON PARCELLA RELATIVA

Il/La dipendente _____ nato/a il _____ a. _____
Residente a _____ Via/Piazza _____ n° _____
Codice fiscale _____ matr. _____ Ruolo _____ Qualifica _____
_____ in servizio presso _____

DICHIARA

di essere partito alle ore _____ del giorno _____ e di essere rientrato alle
ore _____ del giorno _____ o dal _____ al _____ effettuando
Km. _____ e **CHIEDE** la liquidazione della spesa complessiva a consuntivo:

- a) Indennità chilometrica per viaggi effettuati con mezzo proprio:
Km _____ x € _____ € _____
- b) Spostamenti= Aereoporto/bus/metropolitana € _____
- c) Viaggio= Biglietto aereo € _____
- d) Pernottamento € _____
- e) Vitto= Pranzi e Cene € _____

TOTALE SPESA A CONSUNTIVO € _____

SOMMA ANTICIPATA € _____

SOMMA DA RIMBORSARE € _____

Firma del Richiedente

VISTO
SI AUTORIZZA
(Timbro e Firma del Dirigente)

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____



(STRUTTURA DI APPARTENENZA)

ALLEGATO 5)

DICHIARAZIONE LIBERATORIA

IL/La sottoscritto _____ dichiara di
esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità in relazione all'uso del mezzo proprio, per l'espletamento
del servizio, autorizzato con _____

A tal fine

DICHIARA

- Di servirsi dell'autovettura _____
_____ immatricolata il _____
a nome di _____ con targa n° _____
- Di essere in possesso della patente di guida n° _____
rilasciata dalla Prefettura di _____ il _____
- Di essere in possesso della polizza di assicurazione n° _____
della _____ a nome di _____
_____.

In fede

Palermo _____

IL DIPENDENTE

VISTO

SI AUTORIZZA

(Timbro e Firma del Dirigente)

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Lgs. 196/2003, ai sensi dell'art 23 della legge stessa conferisce il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali

Firma _____

