



MODULO PER AUTORIZZAZIONE ALLA TRASFERTA PERSONALE DIPENDENTE

(da compilare **preventivamente** alla trasferta e **conservare agli atti del servizio nel caso la trasferta NON comporti richiesta di rimborso spese**)

Spett.le UOC Gestione Risorse Umane
aziendaospedaliaracosenza@pec.aocs.it

La/il Sottoscritta/o Matr.....

Profilo professionale.....

in servizio presso sede di.....

CHIEDE di essere autorizzato ad effettuare la trasferta nella località

• in data

• o per il periodo dal al

luogo partenza

ora partenza ora ritorno

MOTIVO (**allegare:** invito, comunicazione, programma, locandina, ecc):.....

CHIEDE inoltre di essere autorizzato:

ad utilizzare il mezzo aziendale

ad utilizzare il mezzo pubblico in caso di assenza di mezzi aziendali

ad utilizzare il mezzo proprio N. targa **in caso di assenza mezzi pubblici/aziendali, impossibilità utilizzo mezzi pubblici per orario di lavoro, disagio per utenza/dipendente, per economicità della spesa.**

Indicare la motivazione:

Data

Firma del dipendente

SI AUTORIZZA:

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DI U.O./DIPARTIMENTO (INDICARE IN STAMPATELLO **E CON TIMBRO** IL SOGGETTO CHE DI SEGUITO APPONE LA PROPRIA FIRMA PER AUTORIZZAZIONE)

Timbro e Firma.....

RICHIESTA RIMBORSO SPESE DI TRASFERTA –

allegare i giustificativi in **ORIGINALE**

(da compilare **successivamente** alla trasferta e da presentare **entro e non oltre 60 gg dalla trasferta** alla UOC Gestione

Risorse Umane – (aziendaospedaliaracosenza@pec.aocs.it)

Chilometri percorsi * n.

* nel caso di rimborso chilometrico **PER PIU' GIORNI e/o MENSILE** utilizzare il prospetto di cui alla pagina seguente del modulo

SPESE VIAGGIO (per es. trasporti urbani, treno) Euro

PERNOTTAMENTO IN ALBERGO (giorni.....) Euro

PASTI Euro

VARIE Euro

Data *Firma del dipendente*

SI AUTORIZZA la Richiesta di liquidazione:

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DI U.O./DIPARTIMENTO (INDICARE IN STAMPATELLO **E CON TIMBRO** IL SOGGETTO CHE DI SEGUITO APPONE LA PROPRIA FIRMA DI AUTORIZZAZIONE)

Timbro e Firma.....

Qualora la modulistica non sia compilata correttamente e/o non vi sia tutta la documentazione comprovante le spese, non si procederà al rimborso



MESE DIDETTAGLIO CHILOMETRI TRASFERTA

	Data	Luogo ed indicazione sintetica tipologia di attività	KM PERCORS I	ORA PARTENZ A	ORA ARRIV O
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					
31.					

SI AUTORIZZA la Richiesta di liquidazione:

IL DIRETTORE/RESPONSABILE DI U.O./DIPARTIMENTO (INDICARE IN STAMPATELLO **E CON TIMBRO** IL SOGGETTO CHE DI SEGUITO APPONE LA PROPRIA FIRMA DI AUTORIZZAZIONE)

Timbro e Firma.....

Visto il Funzionario

Visto il Direttore/Dirigente

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE