



TABELLA DI AUTORIZZAZIONE E LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE PER MISSIONI O COMANDI

Il dipendente _____ Qualifica _____

In servizio presso _____ chiede l'utilizzo dell'autovettura di servizio per il giorno _____ per recarsi in missione o trasferta, località _____

Il Responsabile dell'Autoparco ha verificato l'assenza dell'autoveicolo aziendale.

Motivo: _____

Data _____

Il Responsabile dell'Autoparco _____

Mezzo utilizzato: _____

Il Responsabile dell' U.O. autorizza:

- per lo svolgimento di funzioni ispettive o per lo svolgimento di funzioni istituzionali relative a compiti di verifica e controllo;
- per visite sanitarie domiciliari programmate;
- per attività ambulatoriali distrettuali e comunali;
- per accessi presso istituti penitenziari;
- per accessi presso comunità di riabilitazione psico-sociale;

Il Responsabile dell' U.O. _____

Partenza dalla sede di servizio il _____ ora _____

Rientro alla sede di servizio il _____ ora _____

DURATA DELLA MISSIONE O COMANDO

Dal giorno _____ ore _____ al giorno _____ ore _____

Dal giorno _____ ore _____ al giorno _____ ore _____

RIMBORSO SPESE VIAGGIO

Viaggi in Ferrovia

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

Viaggi con altri mezzi di trasporto destinati in modo periodico e regolare al pubblico servizio:

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

Rimborso spesa pedaggio stradale:

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

Da _____ a _____ unito biglietto € _____

RIMBORSO SPESA ALBERGO E/OVITTO (unite fatture)

INDENNITA' E COMPENSI CHILOMETRICI

a) indennità giornaliera di € _____ per n. gg. _____ (periodi interi di 24 ore) € _____

più eventuale indennità ridotta € _____ per n. ore _____ pari a € _____

b) indennità oraria di € _____ per n. ore _____ pari a € _____

c) indennità ridotta di € _____ per n. ore _____ pari a € _____

Indennità chilometrica su percorsi effettuati con mezzo proprio o mezzo ASL

Da _____ a _____ = Km. _____ per € _____ tot. € _____

Da _____ a _____ TOTALE INDENNITA' LORDE € _____

Campobasso, lì _____

Il Responsabile dell'U.O.

(Firma del titolare della tabella)