

AUTORIZZAZIONE ALLA TRASFERTA

Il sottoscritto _____
Responsabile del Servizio _____, con la sottoscrizione del presente
modello

AUTORIZZA

Il dipendente _____ MATR _____ nato il _____
qualifica _____ Struttura di appartenenza _____
residente in _____ Via _____
sede di servizio _____ N. Telefono Servizio _____

A recarsi a _____ nei giorni _____
per il seguente motivo _____
utilizzando il mezzo aziendale o rilevata l'assenza dello stesso:

- il mezzo pubblico (Autobus – Treno – Aereo – Nave)
- il mezzo proprio tipo _____ targato _____ di proprietà di _____
in relazione alle seguenti tipologie:
- Personale che svolge funzioni ispettive, verifica e controllo
 - Personale che debba inevitabilmente avvalersi di un mezzo di locomozione in quanto strumentale allo svolgimento della funzione tipica della qualifica o del servizio svolto (es. Personale Medico – Infermieristico – Riabilitazione che svolge attività di assistenza sanitaria diretta al domicilio del paziente, Avvocato)
 - Personale autorizzato all'uso del mezzo proprio per il quale, oltre alla copertura assicurativa, viene riconosciuto un indennizzo corrispondente alla somma del costo del trasporto pubblico (Autobus – Treno)¹

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO²

IL DIRETTORE SANITARIO³

¹ Il rimborso ammesso non potrà essere superiore al costo del tragitto effettuato con mezzi pubblici (Treno – Autobus)

² Autorizzazione obbligatoria per i Dirigenti Responsabili di struttura del ruolo Professionale, Tecnico e Amministrativo

³ Autorizzazione obbligatoria per i Dirigenti Responsabili di struttura del Ruolo Sanitario