



**Al Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale  
Sede di Imola**

**MISSIONI ENTRO L'AREA METROPOLITANA BOLOGNESE (MENSILE)  
(FUORI DEL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL DI IMOLA)**

Il/la dipendente

qualifica

matr. n.

con residenza/domicilio abituale nel comune di

in servizio presso

dell'**Azienda USL di Imola**

Comune **sede di servizio:**

Imola  Borgo Tossignano  Castel S.Pietro  Fontanelice  Medicina

**E' AUTORIZZATO**

Nel mese di a recarsi in missione per esigenze di servizio nella/e date e località di seguito indicate:

M1	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M2	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M3	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M4	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M5	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG
M6	Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente	mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> AU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AG

**LEGENDA mezzi di trasporto:** **MP** mezzo pubblico **AU** automezzo A.U.S.L. **AP** mezzo proprio con diritto al rimborso  
**C** collega **D** altri **AG** mezzo proprio senza diritto al rimborso dell'indennità chilometrica ma con copertura assicurativa

**NOTA - La missione entro l'Area metropolitana bolognese è considerata in orario di lavoro: ai fini del computo dell'orario di lavoro nella giornata di missione, si considera l'orario di marcatura del cartellino.**

**L'orario di missione deve essere timbrato negli orologi marcatempo con causale (tasto 6), ovvero inserito da portale con causale "missione". Anche la pausa deve risultare da apposita smarcatura.**

## MOTIVAZIONE DELL'USO DEL MEZZO PROPRIO

<input type="checkbox"/> L'attività oggetto della trasferta ha natura tecnica di ispezione, controllo, verifica amministrativo-contabile
<input type="checkbox"/> l'attività da svolgere riveste carattere di emergenza, urgenza, indifferibilità o comunque consiste in un servizio assistenziale
<input type="checkbox"/> le attività risultano volte a garantire i servizi necessari di carattere sociale e sanitario
<input type="checkbox"/> i servizi pubblici di trasporto sono assenti o gravemente carenti (comprende anche i casi di orari assolutamente non compatibili con l'orario di inizio/fine attività)
<input type="checkbox"/> l'attività da svolgere richiede necessariamente il trasporto di materiale o attrezzature ingombranti o pesanti o fragili in dotazione all'interessato
<input type="checkbox"/> risulta economicamente più conveniente per l'AUSL in relazione al raffronto fra costo biglietto/mezzo pubblico, indennità chilometrica ed eventuali passeggeri trasportati ( <b>indicare nome colleghi trasportati</b> )

### RICHIESTA RIMBORSO SPESE

Dichiaro di aver sostenuto le seguenti spese, di cui allego documentazione <b>IN ORIGINALE</b>				
<b>Mezzo pubblico</b>	<b>Auto Propria(*)</b>	<b>Pedaggio autostrada</b>	<b>pasto</b>	<b>altro</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Targa <span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span>	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>	<input type="checkbox"/>	<span style="background-color: #cccccc; display: inline-block; width: 100px; height: 1em;"></span>

(\*) ai fini del rimborso dell'indennità chilometrica è necessario indicare il n. di targa nell'apposita sezione

Li,  Firma del dipendente \_\_\_\_\_

**Firma del Responsabile per validazione**

\_\_\_\_\_

### PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO LIQUIDATORE

cod.3105	Ind. chilometrica ( €            x Km            )	€	
	Rimborso spese autobus, treno	€	
	Pedaggio autostradale	€	
	Rimborso spese pasti	€	
	Rimborso spese varie	€	
cod.3102	TOTALE (rimborso spese)	€	
	<b>TOTALE</b>	€	

L'addetto \_\_\_\_\_