



Al Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale
sede di Imola

MISSIONI ENTRO IL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL DI IMOLA

SI DISPONE

Che 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 _____

SIA INVIATO IN MISSIONE nel mese di _____ per esigenze di servizio nella/e date sotto indicate e che lo stesso utilizzi il **mezzo proprio** per le motivazioni indicate alla sezione 2, con diritto alla indennità chilometrica:

Sez. 1				
presso <input type="checkbox"/> Strutture istituzionali AUSL <input type="checkbox"/> Altro				
A - PERCORSI FUORI DAL COMUNE SEDE DI SERVIZIO				
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____
Data _____	Località partenza _____	Località arrivo _____	<input type="checkbox"/> A/R	Km _____

Data []	Località partenza []	Località arrivo []	<input type="checkbox"/> A/R	Km []
Data []	Località partenza []	Località arrivo []	<input type="checkbox"/> A/R	Km []
Data []	Località partenza []	Località arrivo []	<input type="checkbox"/> A/R	Km []
Data []	Località partenza []	Località arrivo []	<input type="checkbox"/> A/R	Km []
Data []	Località partenza []	Località arrivo []	<input type="checkbox"/> A/R	Km []

B - PERCORSI ENTRO IL COMUNE SEDE DI SERVIZIO

Data []	Percorso []	Km []
Data []	Percorso []	Km []
Data []	Percorso []	Km []
Data []	Percorso []	Km []

MOTIVAZIONE DELL'USO DEL MEZZO PROPRIO

L'attività oggetto della trasferta ha natura tecnica di ispezione, controllo, verifica amministrativo-contabile

l'attività da svolgere riveste carattere di emergenza, urgenza, indifferibilità o comunque consiste in un servizio assistenziale

le attività risultano volte a garantire i servizi necessari di carattere sociale e sanitario

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)

l'attività da svolgere richiede necessariamente il trasporto di materiale o attrezzature ingombranti o pesanti o fragili in dotazione all'interessato

risulta economicamente più conveniente per l'AUSL in relazione al raffronto fra costo biglietto/mezzo pubblico, indennità chilometrica ed eventuali passeggeri trasportati (**indicare nome colleghi trasportati**)

[]

Li, []

Firma del dipendente _____

Firma del Responsabile per autorizzazione all'uso del mezzo proprio e per validazione itinerari percorsi

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO LIQUIDATORE

cod.3105	Ind. chilometrica	km
cod.3104	Ind. chilometrica assoggettata	km

L'addetto