



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

MISSIONI ENTRO L'AREA METROPOLITANA BOLOGNESE

(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

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
_____	_____	_____	_____
con utilizzo del seguente mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> automezzo di proprietà dell'A.U.S.L. <input type="checkbox"/> mezzo pubblico: treno, autobus <input type="checkbox"/> Collega <input type="checkbox"/> Altri (specificare quali: _____)		<input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ e con diritto al rimborso per le motivazioni indicate nella apposita sezione <input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ senza diritto al rimborso dell'indennità chilometrica, in quanto non rientrante nelle casistiche indicate nella apposita sezione, ma con copertura assicurativa	

M2

Data inizio	Data fine	Località/Comune	presso Ente
_____	_____	_____	_____
con utilizzo del seguente mezzo di trasporto <input type="checkbox"/> automezzo di proprietà dell'A.U.S.L. <input type="checkbox"/> mezzo pubblico: treno, autobus <input type="checkbox"/> Collega <input type="checkbox"/> Altri (specificare quali: _____)		<input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ e con diritto al rimborso per le motivazioni indicate nella apposita sezione <input type="checkbox"/> mezzo proprio con targa N. _____ senza diritto al rimborso dell'indennità chilometrica, in quanto non rientrante nelle casistiche indicate nella apposita sezione, 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 (indicare nome colleghi trasportati)

RICHIESTA RIMBORSO SPESE

<i>Dichiaro di aver sostenuto le seguenti spese, di cui allego documentazione IN ORIGINALE</i>					
Missione del	Mezzo pubblico	Auto Propria(*)	Pedaggio autostrada	pasto	altro
M1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(*) 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)		€
	TOTALE		€

L'addetto _____