



QUADRO RIASSUNTIVO COSTI PER RIMBORSO

INDENNITA' CHILOMETRICA CON MEZZO PROPRIO  
(compete 1/5 del prezzo della benzina a Km)

Cod. 822	percorso urbano (comprende anche le frazioni)	Km	per €.	* €.
Cod. 643	Percorso extra urbano	Km	per €.	€.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dipendente  
\_\_\_\_\_

Il Direttore/Responsabile del Servizio  
\_\_\_\_\_



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO - REGIONE SARDEGNA

MOD. 3

MODULO DI LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITA' DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE

**AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTO DEL DIPENDENTE DALLA PROPRIA SEDE DI LAVORO PER  
ESIGENZE DI SERVIZIO CON L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO E RIMBORSO SPESE  
RELAZIONATO AL COSTO DELLA BENZINA**

RELATIVE AL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_,

Sotto la propria esclusiva responsabilità, anche i fini contabili, consapevole delle conseguenze penali, civili, amministrative e contabili previste per i dipendenti pubblici, certifica di aver verificato in concreto la sussistenza di condizioni di disagio che legittimano il ricorso all'utilizzo del mezzo proprio e di aver valutato, in maniera rigorosa, l'economicità della scelta in termini di rapporto costi/benefici e pertanto, con la sottoscrizione del presente modulo

**AUTORIZZA LO SPOSTAMENTO DALLA PROPRIA SEDE DI SERVIZIO A RECARSI IN MISSIONE  
CON L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO, CON RIMBORSO SPESE CORRISPONDENTE AD 1/5 DEL  
COSTO/LITRO CARBURANTE**

il Dipendente \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ assegnato alla struttura \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_ numero telefono del servizio \_\_\_\_\_

**Per il seguente motivo:**

svolgimento di attività ispettive o di verifica, vigilanza e controllo

svolgimento di attività medico sanitarie a carattere domiciliare. Rientrano in tali fattispecie:

- le visite e prestazioni mediche e sanitarie (infermieristiche fisioterapiche) rese a domicilio del paziente;
- le prestazioni rese nell'ambito dell'ADI, l'ospedalizzazione domiciliare;
- accessi del medico competente presso strutture soggette a controllo;
- accessi dei tecnici alle varie strutture sanitarie nell'ambito delle competenze dei servizi tecnico logistico e prevenzione e protezione;
- accessi dei sanitari del Servizio di Igiene Pubblica presso le località del territorio ASL per assicurare assistenza sanitaria diretta ai pazienti;
- gli spostamenti occasionali e non programmabili dettati da esigenze di servizio, richiesti agli operatori (esempio operatori delle casse ticket) chiamati alla sostituzione dei colleghi assenti ed operanti presso altre strutture aziendali.

Il Direttore Amministrativo (1)  
\_\_\_\_\_

Il Direttore Sanitario (2)  
\_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_

(1) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo

(2) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo sanitario

**ATTENZIONE: il presente modello deve essere compilato integralmente in relazione alle voci che ricorrono. NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE I MODULI INCOMPLETI E NON CORREDATI CON LE AUTORIZZAZIONI E GIUSTIFICAZIONI PREVISTE PER LA LIQUIDAZIONE.**





## QUADRO RIASSUNTIVO COSTI PER RIMBORSO

Targa e tipo di auto: \_\_\_\_\_

INDENNIZZO COSTI CON MEZZO PROPRIO:  
(pari al costo del biglietto del mezzo pubblico)

Indennizzo corrispondente al costo del biglietto del mezzo pubblico	<input type="checkbox"/> autobus <input type="checkbox"/> treno	€.
---	--	----

## RIMBORSO SPESE:

Costo del biglietto (treno, autobus, aereo, nave, taxi, ecc.)	€.
Rimborso pasti	€.
Rimborso spese di pernottamento	€.
Rimborso spese di iscrizione	€.
<b>TOTALE</b>	€.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dipendente  
\_\_\_\_\_Il Direttore/Responsabile del Servizio  
\_\_\_\_\_

## MODULO DI LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITA' DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE

AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTO DEL DIPENDENTE DALLA PROPRIA SEDE DI LAVORO PER  
ESIGENZE DI SERVIZIO CON L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO E RIMBORSO SPESE  
RELAZIONATO AL COSTO DEL BIGLIETTO DEL MEZZO PUBBLICO

RELATIVE AL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_,

Sotto la propria esclusiva responsabilità, anche i fini contabili, consapevole delle conseguenze penali, civili, amministrative e contabili previste per i dipendenti pubblici, certifica di aver verificato in concreto la sussistenza di condizioni di disagio che legittimano il ricorso all'utilizzo del mezzo proprio e di aver valutato, in maniera rigorosa, l'economicità della scelta in termini di rapporto costi/benefici e pertanto, con la sottoscrizione del presente modulo

**AUTORIZZA LO SPOSTAMENTO DALLA PROPRIA SEDE DI SERVIZIO A RECARSÌ IN MISSIONE CON L'UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO,**

il Dipendente \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ assegnato alla struttura \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_ numero telefono del servizio \_\_\_\_\_

Per il seguente motivo:  
\_\_\_\_\_

L'autorizzazione all'utilizzo del mezzo proprio è da riferirsi solo alla copertura assicurativa. L'Azienda riconosce agli interessati, a titolo di rimborso un importo massimo pari al costo del biglietto del mezzo pubblico utile per raggiungere la sede di adempimento del servizio, garantendo così, il rispetto degli obiettivi di economia.

Il Direttore Amministrativo (1)  
\_\_\_\_\_Il Direttore Sanitario (2)  
\_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_

(1) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo  
(2) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo sanitario

**ATTENZIONE:** il presente modello deve essere compilato integralmente in relazione alle voci che ricorrono. **NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE I MODULI INCOMPLETI E NON CORREDATI CON LE AUTORIZZAZIONI E GIUSTIFICAZIONI PREVISTE PER LA LIQUIDAZIONE.**



QUADRO RIASSUNTIVO COSTI PER RIMBORSO

## RIMBORSO SPESE:

Costo del biglietto (treno, autobus, aereo, nave, taxi, ecc.)	€.
Rimborso pasti	€.
Rimborso spese di pernottamento	€.
Rimborso spese di iscrizione	€.
<b>TOTALE</b>	€.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dipendente  
\_\_\_\_\_Il Direttore/Responsabile del Servizio  
\_\_\_\_\_

## MODULO DI LIQUIDAZIONE DELLE INDENNITA' DI MISSIONE E RIMBORSO SPESE

**AUTORIZZAZIONE SPOSTAMENTO DEL DIPENDENTE DALLA PROPRIA SEDE DI LAVORO PER ESIGENZE DI SERVIZIO CON L'UTILIZZO DEL MEZZO PUBBLICO**

RELATIVE AL MESE DI \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_,

**con la sottoscrizione del presente modulo certifica l'assenza di mezzi aziendali assegnati al proprio servizio e pertanto,****AUTORIZZA LO SPOSTAMENTO DALLA PROPRIA SEDE DI SERVIZIO A RECARSI IN MISSIONE CON L'UTILIZZO DEL SOLO MEZZO PUBBLICO (autobus - treno)**

il Dipendente \_\_\_\_\_ matricola n. \_\_\_\_\_

Qualifica: \_\_\_\_\_ assegnato alla struttura \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Sede di servizio \_\_\_\_\_ numero telefono del servizio \_\_\_\_\_

**Per il seguente motivo:**  
\_\_\_\_\_**Il rimborso ammesso non potrà essere superiore al costo del biglietto per il tragitto effettuato con il mezzo pubblico, utilizzato per raggiungere la sede di adempimento del servizio, garantendo così, il rispetto degli obiettivi di economia.**Il Direttore Amministrativo (1)  
\_\_\_\_\_Il Direttore Sanitario (2)  
\_\_\_\_\_

Il Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_

(1) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo professionale, tecnico ed amministrativo  
(2) Autorizzazione obbligatoria per i dirigenti responsabili di struttura del ruolo sanitario**ATTENZIONE: il presente modello deve essere compilato integralmente in relazione alle voci che ricorrono. NON SARANNO PRESI IN CONSIDERAZIONE I MODULI INCOMPLETI E NON CORREDATI CON LE AUTORIZZAZIONI E GIUSTIFICAZIONI PREVISTE PER LA LIQUIDAZIONE.**