

QUADRO RIASSUNTIVO COSTI PER RIMBORSO

INDENNITA' CHILOMETRICA CON MEZZO PROPRIO
(competete 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	€.
TOTALE	€.

Data, _____

Il Dipendente

Il Direttore/Responsabile del Servizio



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

MOD. 2

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 RECARSI 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	€.
TOTALE	€.

Data, _____

Il Dipendente

Il Direttore/Responsabile del Servizio



ASL Oristano

SERVIZIO SANITARIO – REGIONE SARDEGNA

MOD. 1

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.