



TABELLA MISSIONE

Distretto Sanitario/ Ospedale di _____

Prot. N. _____ Del _____

Unità Operativa _____

Il Dipendente _____

Con la qualifica _____

Sede di Servizio _____ Dimora abituale _____

è comandato in missione, per giorno _____ per i compiti d'istituto e per i seguenti motivi: _____

Presso _____

Nel Comune di _____

_____, _____

Il Responsabile U.O.
(timbro e firma)

-
-
- Accertata l'impossibilità dell'utilizzo del mezzo dell'ente;
 - Vista l'inconciliabilità degli orari dei servizi di trasporto pubblico con i tempi delle attività da espletare
 - Ravvisata l'esigenza di celerità in rapporto alla prestazione da espletare;

Autorizza

Per la trasferta di cui sopra, l'uso del mezzo proprio

TARGA _____.

Il Responsabile U.O.
(timbro e firma)

Dichiaro di essere partito da _____ il giorno _____ alle ore _____

Di essere rientrato a _____ il giorno _____ alle ore _____

Firma dell'interessato _____

Visto dell'Ufficio
In cui si è svolta la missione

=====

Dichiarazione sostitutiva riservata ai direttori UOC
Dichiaro di essermi recato in missione nei luoghi indicati in oggetto e nei giorni di cui sopra.

Firma dell'interessato _____

RISERVATA ALL'UFFICIO RISORSE UMANE

Totale ore missione n. _____

Totale ore dovute per lavoro n. _____

Differenza ore n. _____

Ore da liquidare come straordinario ... n. _____

Totale Km percorsi _____ X €/Km _____ = € _____

Rimborso biglietto di viaggio (treno, aereo, ecc.) _____ = € _____

Eventuali supplementi _____ = € _____

Rimborso note spese (Albergo 1^a cat., 2^a cat.) _____ = € _____

Altri rimborsi _____ = € _____

TOTALE = € _____