



SERVIZIO  
SANITARIO  
REGIONALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute  
e Politiche Sanitarie

U.O. / Ufficio

Addì, li \_\_\_\_\_

Al Dipendente \_\_\_\_\_

(Cognome e nome)

(Qualifica)

OGGETTO:

Si dispone l'invio in trasferta della S.V.:

per il giorno ..... del mese ..... anno .....

località .....

motivi .....

attività : ispettive, di verifica, controllo e vigilanza

attività assistenziale

Per la circostanza alla S.V. compete il rimborso delle spese sostenute nei termini previsti delle vigenti norme in materia.

..... li .....

Il Responsabile del Servizio  
(Timbro e firma leggibile)

**Autorizzazione uso mezzo proprio**

Il /La Sottoscritto/a chiede di essere autorizzato ad effettuare la trasferta di cui sopra con il mezzo proprio

..... li .....

Il Dipendente

Il Direttore / Il Responsabile

Dichiara che l'U.O. / Ufficio / Servizio:

E' sprovvista di mezzo di trasporto / auto;

E' in dotazione una macchina ma nel periodo sopra indicato non è disponibile;

Destinazione non raggiungibile con i mezzi pubblici  Destinazione raggiungibile con i mezzi pubblici ma non in tempo utile rispetto all'orario/turno di lavoro.

Costo del mezzo pubblico relativo al percorso effettuato (Biglietto A/R) € \_\_\_\_\_

Visto: Si autorizza l'uso del mezzo proprio \_\_\_\_\_ targato \_\_\_\_\_ .

Totale Km \_\_\_\_\_ effettuati.

Il Responsabile del Servizio  
(Timbro e firma leggibile)