

n. pratica

SI DISPONE CHE

Il Dipendente _____ matr. _____
 qualifica _____ in servizio presso la S.C./S.S. _____
 presidio _____ ☎ _____ e-mail _____

SI RECHI IN MISSIONE

a (STATO ESTERO) _____ Città _____

per lo svolgimento della seguente ATTIVITA' ISTITUZIONALE PER CONTO DELL'AZIENDA

di cui si allega la documentazione (es. progetto aziendale, deliberazione, programma dei lavori, acquisizione nuove tecniche, etc.):

il/dal _____ al _____

Si AUTORIZZA in via eccezionale (esclusivamente a completamento del debito orario giornaliero):
 il viaggio di andata con partenza alle ore _____ del giorno precedente l'attività il _____ e/o il viaggio di ritorno con partenza alle ore _____ del giorno successivo l'attività il _____ per il seguente motivo:

SI AUTORIZZANO I SEGUENTI RIMBORSI SPESE riferiti all'opzione scelta*:

- RIMBORSO DOCUMENTATO** (con presentazione dei documenti di spesa in originale)
- TRATTAMENTO ALTERNATIVO (oltre al RIMBORSO delle SPESE di VIAGGIO)** (tab.C decreto 23.3.11 Ministero Affari Esteri)
 Solo per trasferte superiori a un giorno incluso il tempo di viaggio per ogni 24 ore compiute di missione all'estero
 - Non compete nel caso si fruisca di alloggio a carico dell'Amministrazione, di Istituzioni Comunitarie o di Stati esteri
 - Non compete alcun rimborso per l'utilizzo di mezzi di trasporto urbano o del taxi

VIAGGIO: partenza da Torino o, se diverso domicilio, da _____

TRENO A/R solo andata solo ritorno € _____

AEREO (in classe economica) A/R solo andata solo ritorno € _____

BUS/METRO n. _____ € _____

MEZZO STRAORDINARIO DI TRASPORTO TAXI: autorizzato sull'apposito modulo che si allega € _____

n° notti _____ **ALBERGO** – specificare i giorni: _____ € _____
 (Dirigenza I°cat.non di lusso - Comparto II°cat.)

n° notti _____ **RESIDENCE** – specificare i giorni: _____ € _____
 (per missioni superiori a 10 giorni)

n°giorni _____ **VITTO** – specificare i giorni: _____ € _____
 (tab.B decreto 23.3.11 Ministero Affari Esteri)

TOTALE SPESE AUTORIZZATE € _____

*INDICARE QUALI EVENTUALI SPESE SONO POSTE A CARICO DI ALTRI SOGGETTI: _____

Se trattasi di spese finanziate da **FONDI VINCOLATI** specificare quali: _____

IL RICONOSCIMENTO delle ORE SENZA RIMBORSO (allegare certificazione)

Timbro e Firma del Direttore di Dipartimento*/SC.**/Responsabile S.S.

Torino, _____

*Il Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo per i Direttori di Dipartimento o di S.C.

**Il Direttore della S.C. Di.P.Sa per il personale sanitario dei servizi sanitari

Il Direttore della S.C. DAPO per il personale amministrativo dei servizi sanitari

RENDICONTAZIONE DURATA della TRASFERTA all'ESTERO e SPESE SOSTENUTE

| DURATA del VIAGGIO attestata dai biglietti allegati in originale o telematici | | | | |
|---|-------------------------------|----|----------------------------------|--|
| ANDATA | | | | |
| PARTENZA il giorno | alle ore | da | | |
| ARRIVO il giorno | alle ore | a | | |
| RITORNO | | | | |
| PARTENZA il giorno | alle ore | da | | |
| ARRIVO il giorno | alle ore | a | | |
| DURATA dell'ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA attestata da CERTIFICAZIONE allegata in originale o conforme | | | | |
| DATA | MATTINO dalle ore alle ore | | POMERIGGIO dalle ore alle ore | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Si allega la DOCUMENTAZIONE in originale delle seguenti spese autorizzate:

| | |
|---|-------------|
| TRENO | n. ricevute |
| AEREO | n. ricevute |
| BUS/METRO | n. ricevute |
| TAXI (<i>preventivamente autorizzato</i>) | n. ricevute |
| VITTO | n. ricevute |
| ALBERGO/RESIDENCE | n. ricevute |

IL DIPENDENTE DICHIARA CHE PER QUESTA TRASFERTA NON HA RICHiesto E NON RICHIEDERÀ AD ALTRO SOGGETTO ALCUN RIMBORSO.

SPESE autorizzate NON SOSTENUTE

Torino,

Firma del Dipendente

Timbro e Firma
del Direttore di Dipartimento*/SC.**/Responsabile S.S.

*Il Direttore Sanitario o Direttore Amministrativo per i Direttori di Dipartimento o di S.C.

**Il Direttore della S.C. Di.P.Sa per il personale sanitario dei servizi sanitari

Il Direttore della S.C. DAPO per il personale amministrativo dei servizi sanitari