

INVIO in MISSIONE in ITALIA PERSONALE UNIVERSITARIO CONVENZIONATO

SI DISPONE CHE	
Il/La Dott/Sigqualif	ica
in servizio presso la S.C./S.S pre	esidio
☎ e-mail	
SI RECHI IN MISSIONE	
a (città) c/o	
per lo <u>svolgimento della seguente ATTIVITA' ISTITUZIONALE</u> di cui <u>si allega la documentazione</u> (es. progetto aziendale, deliberazione, programma d	
il/dal al (si allega la CERTIFICAZIONE attestante la presenza in origi	nale o conforme)
Si AUTORIZZA in via eccezionale:	nale o comornie)
il <u>viaggio di andata</u> con partenza alle ore del giorno precedente l'attività il	e/o il <u>viaggio di</u>
ritorno con partenza alle ore del giorno successivo l'attività il	per il seguente motivo:
SI AUTORIZZANO I SEGUENTI RIMBORSI S (di cui si allega la documentazione in originale o te VIAGGIO: partenza da Torino o, se diverso domicilio, da	lematica)
☐ TRENO ☐A/R ☐solo andata ☐ solo ritorno	€
☐ AEREO (in classe economica) ☐A/R ☐solo andata ☐ solo ritorno	€
☐ BUS/METRO n	€
${\sf MEZZO} \ \underline{\sf STRAORDINARIO} \ {\sf DI} \ {\sf TRASPORTO} \ \square \ {\sf TAXI:} {\sf autorizzato} \ {\sf sull'apposito} \ {\sf modulo} \ {\sf che} \ {\sf si} \ {\sf allega}$	€
N PERNOTTAMENTI - specificare i giorni:	€
(albergo di categoria non superiore a quattro stelle) N PASTI – specificare i giorni: (max € 22,26 per n.1 pasto dalle 8 ore - € 44,26 per n.2 pasti dalle 12 ore di missione)	€
TOTALE SPESE AUTORIZZAT	E €
*INDICARE QUALI EVENTUALI SPESE SONO POSTE A CARICO DI ALTRI SOGGETTI:	
Se trattasi di spese finanziate da <u>FONDI VINCOLATI</u> specificare quali:	
<u>Timbro</u> e Firma del Direttore di D	ipartimento*/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