

c.a. S.S. Personale ISPRO

Il/La dipendente _____, matricola n. _____
avente la qualifica di _____, ed in servizio presso ISPRO, Struttura
_____, viene incaricato/a a recarsi in "missione fuori sede" a
_____ dal _____ al _____, per le seguenti esigenze di

- SENZA RIMBORSO SPESE;
 - CON RIMBORSO SPESE;
 - RIMBORSO SPESE SU FINANZ. FINALIZZATO AUT. N. _____ DEL _____;
 - RIMBORSO SPESE NON SU FINANZIAMENTO FINALIZZATO

DETTAGLIO VOCI DI SPESA PREVISTE:

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Biglietteria ferroviaria | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Biglietteria aerea | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Biglietteria bus, tram, ecc. | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pedaggio autostradale | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Parcheggio | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pernottamento con colazione (max Euro 120,00) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pasti n. 1 (max Euro 22,26 al giorno) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Pasti n. 2 (max Euro 44,52 al giorno) | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro _____ | € _____ |

TOTALE spese previste € _____

Data _____

Timbro e firma del Direttore S.C. oppure Responsabile S.S. oppure I.F.

Per Progetto finalizzato, firma del Responsabile progetto/Direttore Centro di Responsabilità

Il/La sottoscritto/a _____, matricola n. _____ dipendente di ISPRO, dichiara di accettare la missione proposta e si impegna a presentare immediatamente l'attestazione dell'attività svolta all'Amministrazione di ISPRO, unitamente alla richiesta di rimborso per ottenere l'indennità di trasferta ed il rimborso delle spese spettanti a norma di legge, allegando le relative ricevute.

(Firma del dipendente)

CONFORMITA' DETTAGLIO VOCI DI SPESA PREVISTE:

- Conforme al Regolamento dell'Istituto e normativa vigente
 Non conforme al Regolamento dell'Istituto e alla normativa vigente per i seguenti motivi:

Data _____

(Firma a cura del Supporto Amministrativo)
_____**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE SANITARIO (1)**

- Si autorizza
 Non si autorizza per i seguenti motivi:

Data _____

(Timbro e firma del Direttore Sanitario)
_____**AUTORIZZAZIONE DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (2)**

- Si autorizza
 Non si autorizza per i seguenti motivi:

Data _____

(Timbro e firma del Direttore Amministrativo)
_____*(1) per il personale sanitario**(2) per il personale amministrativo*