



ISPRO

Istituto per lo studio, la prevenzione
e la rete oncologica

ORDINE DI MISSIONE DEL PERSONALE DIPENDENTE



AM_P44-a
Rev. 1

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 _____ | € _____ |
| (vedi Regolamento) | |

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