REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

SERVIZIO:_____

RIMBORSO SPESE CHILOMETRICHE PER LE MISSIONI ALL'INTERNO DEL TERRITORIO DELL'ASL NAPOLI 3 SUD PER IL PERSONALE DIRIGENTE.

MESE_____ ANNO_____

DIPENDENTE_____ MATR._____

AUTOVETTURA MODELLO_____ TARGA_____

CILINDRATA_____ ALIMENTAZIONE_____

destinazione	Partenza giorno	Partenza ora	Rientro ora	Km percorsi	Rimborso Tab.ACI	Altre spese	Motivo missione

Totali parziali: | | | |

Tot._____

Per motivi di servizio ha effettuato con la propria vettura i percorsi specificati. Lo stesso, con la sottoscrizione della presente, è consapevole che l'ASL è esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità derivante dall'uso del proprio automezzo.

Data_____ IL RICHIEDENTE IL RESPONSABILE