



Regione Campania
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud
 Corso Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia
 P.I. C.F.O. - N° 06322711216

Al Direttore _____

I sottoscritt _____

Matr. _____ Cognome _____ Nome _____

Qualifica _____ in servizio presso _____

in relazione alla missione autorizzata con nota prot. n. _____ del _____, altresì
 autorizzat _____ all'utilizzo della propria vettura con nota prot. _____ del _____

DICHIARA

di essersi recat _____ il giorno _____ presso _____
 motivazione _____

Dati relativi alla missione

Ora di inizio _____

Destinazione: Città _____ Indirizzo _____

Timbro e firma dell'utente:

Ora fine _____

Chilometri percorsi _____ 1/5 costo benzina € _____ da rimborsare € _____

allegano:

Ricevute di pagamento per pedaggi autostradali, parcheggi, ecc..

Il Richiedente

Il Responsabile dell'U.O., accertata la veridicità
 della dichiarazione resa dal dipendente, autorizza
 il rimborso ai sensi del D.L. 78/2010, convertito dalla Legge 122/2010.

Kaus