AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD - ALLEGATO 1

MODULO DI AUTORIZZAZIONE E RICHIESTA RIMBORSO SPESE

(Da compilare a cura del dipendente e sottoscrivere dal Direttore/Responsabile del servizio di appartenenza)

1. DATI ANAGRAFICI E PROFESSIONALI DEL DIPENDENTE

- Cognome e Nome: _____
- Matricola: _____
- Qualifica / Profilo: _____

- Area di Inquadramento:
  - Comparto Sanità (CCNL 02.11.2022)
  - Dirigenza Sanitaria (CCNL 23.01.2024 / 19.12.2019)
  - Dirigenza PTA (CCNL 10.02.2004)
- UOC/Struttura: _____
- Sede Ordinaria di Lavoro: _____
- Dimora Abituale: _____

2. SEZIONE AUTORIZZATIVA PREVENTIVA (A cura del Responsabile)

Si autorizza il dipendente sopra indicato a svolgere la seguente attività fuori sede:

- Tipologia di Servizio:
  - SERVIZIO FUORI SEDE: Attività lavorativa svolta in altri luoghi dopo aver inizialmente preso servizio presso la sede ordinaria (o con partenza diretta dalla dimora se più conveniente per l'Azienda), con rientro previsto in sede, e che soddisfa almeno uno dei seguenti requisiti: durata < 8 ore (compresi i viaggi) oppure distanza entro il raggio di 50 km.
  - TRATTAMENTO DI TRASFERTA: Attività temporanea in località diversa dalla dimora o dalla sede ordinaria, senza aver prima preso servizio in sede.
    - *Per il Comparto: Durata ≥ 8 ore (escluso viaggio) e distanza > 50 km.*
    - *Per la Dirigenza PTA: Distanza > 10 km dalla sede ordinaria e durata ≥ 4 ore.*
- Oggetto / Motivazione del servizio:

_____

_____

_____

- Luogo di Destinazione: _____
- Data/Periodo: _____

- Mezzo di trasporto autorizzato:
  - Mezzo Aziendale *(Prioritario laddove disponibile)*
  - Mezzo Pubblico di linea
  - Servizio Taxi *(Solo se preventivamente individuato e autorizzato dall'Azienda)*
  - Mezzo Proprio *(Compilare la sezione 3)*

3. RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE USO MEZZO PROPRIO

Il Dirigente responsabile dichiara di aver verificato l'indisponibilità di mezzi aziendali e accertato l'incompatibilità o l'assenza di mezzi pubblici idonei per la località di destinazione.

Firma e Timbro del Direttore/Responsabile: _____

MOTIVAZIONE DELL'USO DEL MEZZO PROPRIO:

☐ a) Attività di natura tecnica di ispezione, controllo, verifica amministrativo-contabile.

☐ b) Attività caratterizzata da emergenza, urgenza, indifferibilità o servizio assistenziale.

☐ c) Attività volta a garantire i servizi necessari di carattere sociale e sanitario.

☐ d) Trasporto di materiale o attrezzature ingombranti, pesanti o fragili in dotazione.

☐ e) Uso per maggiore celerità/comodità del dipendente. (**N.B.** Si richiede l'autorizzazione al solo fine di ottenere la copertura assicurativa e un indennizzo limitato al solo costo del biglietto del mezzo pubblico.)

DATI AUTOVEICOLO:

- Marca e Modello Veicolo: _____
- Targa: _____

4. SEZIONE CONSUNTIVA E RICHIESTA DI RIMBORSO (A fine servizio)

- Inizio Servizio: Data ____ / ____ / _____ Ore: _____
- Fine Servizio: Data ____ / ____ / _____ Ore: _____
- Luogo di Partenza: ☐ Ordinaria Sede ☐ Dimora Abituale
- Luogo di Arrivo: ☐ Ordinaria Sede ☐ Dimora Abituale
- Tempo di viaggio riconosciuto come orario di lavoro: Ore: _____

(Sempre valido per Servizio Fuori Sede; per la Trasferta valido solo per completamento debito orario o eccezioni come autisti/accompagnamento utenti).

IN CASO DI UTILIZZO DEL MEZZO PROPRIO:

REGISTRO ANALITICO SPOSTAMENTI MULTI-TAPPA

Strumento di calcolo utilizzato (percorso più breve):

☐ ACI.it (Trasferte fuori sede)

☐ Via Michelin (Missioni in ambito locale)

Tappa	Punto di Partenza *(Sede, Dimora o Tappa Precedente)*	Località / Domicilio di Destinazione	Km Percorsi *(Percorso più breve)*	Orario *(Inizio/Fine)*	Note / Eventuali Passeggeri
1				: / :	
2				: / :	
3				: / :	
4				: / :	
5				: / :	
6				: / :	
(Ultima località raggiunta)	Rientro in Sede			: / :	Unico viaggio di ritorno

PROSPETTO DI COMPUTO CHILOMETRICO FINALE

• Punto di partenza iniziale del servizio:

☐ Sede di servizio

☐ Abituale dimora

• Totale Chilometri percorsi da tabella (**A**): _____ km

• Deduzione Km casa-lavoro (solo in caso di partenza da dimora) (**B**): _____ km

(Distanza totale percorsa minus distanza abituale casa-ordinaria sede di servizio)

• TOTALE CHILOMETRI NETTI RICHIESTI A RIMBORSO (**A - B**): _____ *km*

Il dipendente dichiara, sotto la propria responsabilità, la veridicità dei chilometri e delle tappe indicate e valida il rispetto della modalità "distanza più breve".

Firma del Dipendente: _____

Prospetto Riepilogativo delle Spese Sostenute (Allegare i giustificativi in originale):

Voce di Spesa	**Dettaglio / Tratta / Note**	**Importo Sostenuto (€)**
Biglietti Mezzi Pubblici *(Treno, Bus, ecc.)*		
Servizio Taxi *(Se autorizzato)*		
Pedaggi Autostradali / Parcheggi		
Rimborso Chilometrico *(Se mezzo proprio autorizzato)*	N. Km percorsi (**A-B**): _____	
Spese di Vitto / Altro *(Se spettanti da CCNL)*		
TOTALE DA LIQUIDARE		**€** _____

Il sottoscritto attesta la veridicità delle dichiarazioni riportate e la conformità delle spese sostenute per ragioni di servizio.

Data: //_____

Firma del Dipendente: _____

5. VISTO DI LIQUIDAZIONE (A cura del Direttore/Responsabile)

Si attesta la regolarità del servizio svolto e si trasmette il presente modulo alla UOC Gestione Risorse Umane per la messa in pagamento sul primo cedolino utile.

Data: _____ / _____ / _____

Firma e Timbro del Direttore/Responsabile: _____