SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL RIETI

AZIENDA SANITARIA LOCALE – RIETI
C.F. e P.I. 00821180577 – tel 07462781
Via del Terminillo, n. 42 – 02100 RIETI

REGIONE LAZIO

RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE E INDENNITA' DI MISSIONE

RIEPILOGO del **MESE DI** _____ **anno** _____

dipendente _____ **matricola** _____

qualifica _____ **dimora abituale** _____

sede di servizio (ovvero la sede di appartenenza, non la destinazione della missione) _____

Il rimborso delle spese sostenute per missioni svolte per motivi di servizio, previste dal regolamento, deve essere richiesto tramite il presente riepilogo, compilato in ogni sua parte e sottoscritto, ivi compresi i timbri e firme ove richiesti. Il presente riepilogo deve pervenire all'ufficio missioni, in ORIGINALE entro e non oltre il 5 del mese successivo a quello di svolgimento delle missioni, corredato di tutta la documentazione necessaria alla liquidazione: autorizzazioni, attestazioni, giustificativi ed ORIGINALI di ricevute di pagamento (biglietti, scontrini, fatture ecc.)

giorno	ORA		Destinazione, itinerario, percorso e luogo di soggiorno della missione	Km percorsi		Indennità Trasporto Strumenti	altre spese
	della partenza	del rientro		col mezzo proprio	col mezzo dell'Ente	categ. A - B - C	
IL DIPENDENTE					IL RESPONSABILE (timbro e firma di chi attesta la veridicità delle informazioni contenute nel presente riepilogo)		
_____					_____ (Capo Servizio del dipendente)		

DICHIARAZIONE SPECIFICA DI USCITA PER SERVIZIO ADI/API

Il/la sottoscritto/a dichiara che le uscite effettuate sono di tipo istituzionale necessarie allo svolgimento delle seguenti attività riabilitativa/infermieristica presso il domicilio del paziente:

- ☐ servizio ADI sede di _____ distretto _____
- ☐ servizio API sede di _____ distretto _____
- ☐ servizio domiciliare HOSPICE

DICHIARAZIONE

..l... sottoscritt... dichiara quanto segue:

a) Di essere partito e rientrato nelle ore e nei giorni indicati nel riepilogo;
b) Di non aver chiesto il rimborso per il pasto nel caso in cui ne avesse fruito gratuitamente;
c) Di non richiedere buoni pasto per i giorni in cui ha fruito di pasti gratuiti o pasti per cui ha richiesto il rimborso;
d) Di non aver chiesto il rimborso dell'alloggio nel caso in cui ne avesse fruito gratuitamente;
e) Di aver ricevuto, quale anticipo, la somma di € _____

PROSPETTO RIEPILOGATIVO DI LIQUIDAZIONE DELLE SPESE

A. RIMBORSI SPESE DI VIAGGIO individuali

Ammontare della spesa sostenuta per

- mezzi di linea _____ (specificare treno, nave, aereo, bus etc etc…) per 1 posto, classe _____ € _____
- mezzi noleggiati (tipologia mezzo _____) € _____
- pedaggi autostradali n. _____ per un totale di € _____
- ricevute di Parcheggio n. _____ per un totale di € _____
- indennità supplementari n. _____ specificare quali _____ € _____
- rimborsi chilometrici per uso mezzo proprio **(solo per comprovata indisponibilità del mezzo aziendale, allegare mail di richiesta e diniego)** Km _____ € _____

B. RIMBORSO SPESE DI VITTO E ALLOGGIO individuali

- Allega fattura per n. _____ pernottamenti per 1 persona € _____
- Allega fatture/ricevute per n. ____ pasti per 1 persona tot. € _____

(il pasto si rimborsa solo se la missione supera le 8 ore e dieci minuti, per un massimo di € 22,26. Si rimborsano due pasti quando la missione si protrae per più di 12 ore e dieci minuti, fino ad un massimo di € 44,26 per tutti i pasti).

C. INDENNITA' giornaliera di trasporto strumenti (indipendentemente dal numero di uscite effettuate nella stessa giornata)

- col mezzo dell'ente: tot _____ x € 5,16 per un totale di € _____
- col mezzo proprio: tot _____ x € 6,192 per un totale di € _____

TOTALE € _____

Acconto € _____

Somma totale da rimborsare € _____

_____ , li _____

IL DIRIGENTE RESPONSABILE

_____

(timbro e firma del Capo Servizio che autorizza la liquidazione)

Il dipendente inviato in missione

_____

NB: i rimborsi spese per missioni di servizio si effettueranno esclusivamente nel rispetto del regolamento aziendale