

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI BARI

NOTA VIAGGIO DEL GIORNO _____ / _____ / _____

Dichiarazione di lavoro fuori sede ai fini del Rimborso Chilometrico (tale modello è aggiuntivo rispetto ad eventuali modelli già esistenti e compilati per effetto di pregresse disposizioni. Tale modulo deve essere compilato per ogni giorno di lavoro fuori sede). Tale modulo è parte integrante della Determina di liquidazione.

MATRICOLA _____ COGNOME E NOME _____ RUOLO _____

QUALIFICA _____ STRUTTURA DI ASSEGNAZIONE _____ CENTRO DI COSTO _____

SALDO KM DICHIARATI DA INIZIO ANNO _____ AUTOVETTURA _____

SALDO NUMERO GG. DI VIAGGIO DICHIARATI DA INIZIO ANNO _____

PATENTE DI GUIDA CAT. _____ N° _____ RILASCIATA DA _____ IL _____ / _____ / _____

ANDATA	<i>PARTENZA DA (propria sede lavorativa)</i>	
	<i>ORA DI PARTENZA</i>	
	<i>ORA DI ARRIVO (All'Ufficio di destinazione)</i>	
	<i>UFFICIO DI DESTINAZIONE</i>	
	<i>KM PERCORSI</i>	
RITORNO	<i>PARTENZA DA (Ufficio di destinazione)</i>	
	<i>ORA DI PARTENZA</i>	
	<i>ORA DI ARRIVO (propria sede lavorativa)</i>	
	<i>KM PERCORSI</i>	
	TIPOLOGIA DELL'ATTIVITA' SVOLTA	<i>Descrizione:</i> _____ _____

FIRMA DEL DIPENDENTE _____