



## MOBILITA' INTRA-ATENEEO

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ MATRICOLA \_\_\_\_\_

IN SERVIZIO PRESSO (indicare struttura e indirizzo della sede ordinaria di servizio) \_\_\_\_\_

ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA PRESSO (indicare struttura e indirizzo della sede di destinazione)  
\_\_\_\_\_

MOTIVO DELLO SPOSTAMENTO (campo obbligatorio pena il NON rimborso)  
\_\_\_\_\_

IL GIORNO \_\_\_\_\_ [DALL'ORA \_\_\_\_\_ ALL'ORA \_\_\_\_\_]\*

IL GIORNO \_\_\_\_\_ [DALL'ORA \_\_\_\_\_ ALL'ORA \_\_\_\_\_]\*

IL GIORNO \_\_\_\_\_ [DALL'ORA \_\_\_\_\_ ALL'ORA \_\_\_\_\_]\*

IL GIORNO \_\_\_\_\_ [DALL'ORA \_\_\_\_\_ ALL'ORA \_\_\_\_\_]\*

\*(Da compilare a cura del personale TA e per chi ha diritto al buono pasto)

### MEZZI ORDINARI DI TRASPORTO

TRENO     AUTOBUS     PULLMAN     CAR SHARING     AUTO DI SERVIZIO

### MEZZI STRAORDINARI DI TRASPORTO

**TAXI** l'uso del taxi è ammesso **esclusivamente** nei seguenti casi (barrare la casella che interessa):

- sciopero dei mezzi pubblici di trasporto
- difficoltà di deambulazione, anche temporanea, debitamente certificata
- trasporto di materiale particolarmente voluminoso e/o pesante
- spostamenti da e verso il CAAB e strutture del Lazzaretto

**AUTO PROPRIA** (l'uso del mezzo proprio è ammesso **solo** in caso di spostamenti fuori dal territorio comunale in cui si trova la sede di lavoro ed **esclusivamente** nei seguenti casi (barrare la casella che interessa):

- sciopero dei mezzi pubblici di trasporto
- difficoltà di deambulazione, anche temporanea, debitamente certificata
- trasporto di materiale particolarmente voluminoso e/o pesante

Nel caso di utilizzo del mezzo proprio indicare: Km \_\_\_\_\_ Tipo veicolo \_\_\_\_\_ Targa \_\_\_\_\_

**I documenti giustificativi della spesa di trasporto di cui si chiede il rimborso devono essere allegati alla presente in originale**

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente \_\_\_\_\_

### SI AUTORIZZA

Il Responsabile di Struttura \_\_\_\_\_

### SPESE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO

N TOTALE GIUSTIFICATIVI ALLEGATI \_\_\_\_\_ IMPORTO TOTALE DEL RIMBORSO RICHIESTO  
€ \_\_\_\_\_

La spesa è da imputare sul cap. F.S. \_\_\_\_\_ prenot./impegno \_\_\_\_\_ CdR/Codice struttura \_\_\_\_\_

La spesa assicurativa è da imputare sul cap. F.S. \_\_\_\_\_ prenot./impegno \_\_\_\_\_  
CdR/Cod struttura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente \_\_\_\_\_

### SI AUTORIZZA IL RIMBORSO

Il Responsabile di Struttura \_\_\_\_\_