

**RICHESTA RIMBORSO SPESE DOCENTI PER ATTIVITA' DIDATTICA, COMPRESI APPELLI DI ESAME,
PRESSO POLO UNIVERSITARIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE**

MODULO DA INVIARE A POLO UNIVERSITARIO DELLE PROFESSIONI SANITARIE sede di TRENTO/ROVERETO

Spett.le
**AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA
INTEGRATA DEL TRENTO**
Provincia Autonoma di Trento
Via Degasperi, 79 - 38123 Trento - P.IVA 01429410226

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. _____
il _____ residenza o dimora abituale _____ tel. _____
sede lavorativa _____ tel. _____ e-mail _____

Al fine di richiedere il rimborso delle spese di viaggio

DICHIARA

valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità:

di aver svolto l'attività didattica al Polo Universitario professioni sanitarie presso il Comune:

☐ **TRENTO**

☐ **ROVERETO**

per:

☐ **CORSO DI LAUREA A.A. 20** _____ **/20** _____

☐ **MASTER / CORSO DI PERFEZIONAMENTO** _____ **A.A. 20** _____ **/20** _____

☐ **CORSI PROFESSIONALE (OSS, ASO.)** _____ **ANNO** _____

di aver percorso con il proprio mezzo il seguente tragitto

						Compilazione a cura dell'Amministrazione			
data	Lezioni / Esame	Dalle ore	Alle ore	Andata DA - A	Ritorno DA -A	Km (da Google Maps da Comune a Comune)	Importo Euro / km	Totale Euro	

che il viaggio è finalizzato esclusivamente all'attività didattica e non ad altre eventuali attività e di non aver già ricevuto rimborsi spese per lo stesso titolo.

di essere informato che APSS svolge periodicamente controlli a campione.

Nel caso in cui siano state sostenute altre spese allegare la documentazione in originale

luogo _____ data _____ Firma _____

il dipendente che riceve la dichiarazione *cognome e nome* _____ Firma _____¹

VISTO

**Verifica dell'effettiva presenza effettuata
dalla Segreteria del Polo Universitario delle professioni sanitarie**

(spazio da compilare a cura ☐ dell'Ufficio Stipendi per dipendenti ASUIT ☐ Polo Universitario per non dipendenti ASUIT)

RIMBORSO CHILOMETRICO _____

PEDAGGI AUTOSTRADALI _____

USO MEZZI PUBBLICI (rimborso biglietti e supplementi) _____

PARCHEGGIO _____

TOTALE RIMBORSO SPESE _____

¹ Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata unitamente a copia fotostatica, non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente via fax, tramite un incaricato, oppure a mezzo posta.

AUTORIZZAZIONE ALLA LIQUIDAZIONE _____

data	Lezioni / Esame	Dalle ore	Alle ore	Andata DA - A	Ritorno DA -A	Km (da Google Maps da Comune a Comune)	Importo Euro / km	Totale Euro

Trattamento dei dati personali: Il trattamento dei dati personali riportati nella presente dichiarazione è svolto nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, di cui all’informativa privacy comunicata nell’ambito del procedimento di individuazione e nomina dei docenti, fornita al docente all’atto della presentazione della domanda ed ha il solo fine di procedere alla liquidazione dei rimborsi spese di viaggio per docenti CDL