

**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 veritieri, 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 <input type="checkbox"/> dell'Ufficio Stipendi per dipendenti ASUIT <input type="checkbox"/> Polo Universitario per non dipendenti ASUIT)	
RIMBORSO CHILOMETRICO	<input type="text"/>
PEDAGGI AUTOSTRADALI	<input type="text"/>
USO MEZZI PUBBLICI (rimborso biglietti e supplementi)	<input type="text"/>
PARCHEGGIO	<input type="text"/>
TOTALE RIMBORSO SPESE	<input type="text"/>

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

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