SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

MODULO RIMBORSO CHILOMETRICO CARBURANTE

DSM–DP U.O. SERT CENTRO DI COSTO N° _____ N° D'ORDINE SMC_____

L'Operatore dipendente _____ della Ditta aggiudicataria _____ con qualifica di _____ autorizzato dal Responsabile Sater dell'Area Omogenea Assistenziale (ArOA) Dipendenze Patologiche del DSM-DP ad effettuare il trasporto mediante l'utilizzo della propria autovettura secondo le modalità definite dal progetto personalizzato concordato:

Mese _____ Anno _____ Utente _____

Data	Partenza da	Arrivo a	Km	Dalle ore	Alle ore
Totale Km effettuati nel mese					

Firma del dipendente Aggiudicatario

_____

Firma dell'Operatore referente AUSL

_____

Firma Responsabile Sater ArOA Dipendenze Patologiche _____