



Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

MODULO RIMBORSO TITOLI DI VIAGGIO

ATTIVITA' DEL CENTRO REGIONALE AUSILI

N° D'ORDINE _____

L'Operatore dipendente _____ della Ditta aggiudicataria _____
 con qualifica di _____ autorizzato dal Responsabile professionale DATeR NPIA del DSM-DP ad effettuare l'intervento
 mediante l'utilizzo di mezzi pubblici secondo le modalità definite dal progetto concordato:

Mese _____ Anno _____ Utente/Gruppo _____

Data	Partenza da	Arrivo a	Dalle ore	Alle ore	Spese Autobus
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
					€
	Totale Spese nel mese				TOTALE €

Firma del dipendente Aggiudicatario

Firma dell'Operatore referente AUSL

Firma Responsabile del Responsabile professionale DATeR NPIA _____