

**“SERVIZI AUSILIARI SICILIA”
Società Consortile per azioni**

RICHIESTA AUTORIZZAZIONE MISSIONI (RIMBORSO INTEGRALE A PIE' DI LISTA)

ENTE / SOCIO COMMITTENTE:	
AMM.NE RICHIEDENTE:	
DIRIGENTE/RESPONSABILE RICHIEDENTE:	

PROGRAMMA MISSIONE

SCOPO DELLA MISSIONE:	
DESTINAZIONE:	
DATA DELLA MISSIONE:	
DIPENDENTE SOCIETARIO:	

TRASPORTI

PARTENZA		ITINERARIO	MEZZO	CLASSE
DATA	ORARIO			

PRENOTAZIONE ALBERGHI

LOCALITA'	DATA ARRIVO	N° PRENOTAZIONE	HOTEL RICHiesto

UTILIZZO AUTOVETTURA AZIENDALE

DATA UTILIZZO	TIPO	CILINDRATA	TARGA	ITINERARIO

AUTOVETTURA	AZIENDALE	NOLEGGIO	DATA UTILIZZO

AUTORIZZAZIONE MISSIONE

DATA RICHIESTA	FIRMA RICHIEDENTE	DATA AUTORIZZAZIONE	FIRMA DIR.GEN.O DELEGATO AMM.NE RICHIEDENTE

FOGLIO DI MARCIA / REPORT MISSIONE - DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____

Dipendente della Società Servizi Ausiliari Sicilia S.C.p.A., in relazione alla presente missione

DICHIARA

sotto la propria responsabilità civile e/o penale di avere osservato i seguenti orari:

Orario di partenza giorno _____: _____

Orario di sosta per la pausa pranzo: _____

Orario di ripresa della attività lavorativa: _____

Orario di fine attività lavorativa presso la sede di destinazione: _____

2° GIORNO DATA:

Orario di inizio attività lavorativa presso la sede di destinazione: _____

Orario di sosta per la pausa pranzo: _____

Orario di ripresa della attività lavorativa: _____

Orario di fine attività lavorativa presso la sede di destinazione: _____

3° GIORNO DATA:

Orario di inizio attività lavorativa presso la sede di destinazione: _____

Orario di sosta per la pausa pranzo: _____

Orario di ripresa della attività lavorativa: _____

Orario di fine attività lavorativa presso la sede di destinazione: _____

OPPURE

Orario di arrivo al luogo di partenza della missione: _____

Palermo, li _____

FIRMA

VISTO AMMINISTRAZIONE RICHIEDENTE

VISTO IL COORDINATORE SOCIETARIO
