

POLICLINICO TOR VERGATA

AUTORIZZAZIONE SERVIZIO ESTERNO/MISSIONE

Il/la Dr./Dr.ssa _____ matr. _____

In qualità di medico/professionista convenzionato ai sensi dell'ACN 17.12.2015 con incarico a tempo

INDETERMINATO/DETERMINATO/SOSTITUZIONE presso la U.O.C./Struttura _____

_____ Dipartimento _____

E' AUTORIZZATO/A

DAL: _____

AL: _____

PER IL SEGUENTE MOTIVO: _____

*il servizio esterno deve intendersi autorizzato dal Direttore/Dirigente/Responsabile **esclusivamente** per finalità di tipo Assistenziale/istituzionale.

Si autorizza l'uso della propria autovettura:
(marca e modello) _____ Targa _____

intestata a: _____

Si autorizza l'uso dei mezzi pubblici;

Si autorizza l'uso dell'autovettura di servizio:
Targa _____

La missione ha avuto inizio :
alle ore _____ del giorno _____ ed è terminata alle ore _____ del giorno _____

Il sottoscritto/a esonera l'Azienda da ogni responsabilità derivante dall'uso della propria autovettura ai sensi dell'art. 15, comma 3, Legge n. 836 del 18/12/1973.

FIRMA

Roma, _____

IL DIRETTORE/RESPONSABILE

Roma, _____