

## 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.

Roma, \_\_\_\_\_ **FIRMA** \_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_\_\_ **IL DIRETTORE/RESPONSABILE** \_\_\_\_\_